



פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית

לחברי לשכת עורכי הדין ובני משפחותיהם

תוכן עניינים

2	הקדמה
5	גילוי נאות
22	תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה
40	הכיסויים בפוליסה
91	נספח 1- רשימת גבולות אחריות המבטח
96	נספח 2- מפרט הפוליסה
97	נספח 3-טבלת פרמיות
98	נספח להסכם הביטוח הקבוצתי
99	אופן הגשת תביעה

עורכות ועורכי דין יקרים!

בפני לשכת עורכי הדין בישראל ניצבת שורה ארוכה של משימות חשובות על מנת להגשים את ייעודה ולהעניק לציבור עורכי הדין את מיטב ומירב הכלים המקצועיים במסגרת כנסים, השתלמויות, ימי עיון ועוד.

לצד החשיבה על שדרוג האיכות המקצועית של כל אחת ואחד מכם, אנו פועלים כל העת למתן הטבות בתחומי החיים האחרים, שאינם קשורים ישירות למקצוע עריכת הדין. אחת מהן באה לידי ביטוי בתחום ביטוחי הבריאות.

במסגרת שיתוף פעולה ראשוני מסוגו בין לשכת עורכי הדין לבין חברת "מנורה מבטחים-ביטוח בע"מ" וסוכנות הביטוח "מדנס" יצרנו מוצר חדש ואטרקטיבי שיעניק לכם ולבני משפחותיכם חבילת ביטוח רפואי משתלמת במיוחד. בחוברת זו תוכלו לקבל פירוט מלא אודות הביטוח שמעניק כיסוי רחב לתחומי הבריאות השונים, החל מסיוע במימון תרופות, ניתוחים, השתלות איברים, שירותי אגב אשפוז ועוד.

אני מאחל לכם המון בריאות ומקווה מאוד שלא תזדקקו, אבל כמו בתחומי פעילות אחרים הנמצאים בתחום אחריותנו, אנו דואגים לכם מראש גם לנושא ביטוח הבריאות.

בברכה,
אפי נוה, עו"ד
ראש לשכת עורכי הדין

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 התכנית, 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

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי (קולקטיבי) לחברי לשכת עורכי הדין בישראל

חלק א' - ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה:

כללי	סעיף	תנאים
	שם הפוליסה	פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי (קולקטיבי) לחברי לשכת עורכי הדין.
	הכיסויים בפוליסה	השתללות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"השקל הראשון" ולבעלי שב"ן, שירותים אמבולטוריים וכתבי שירות.
	שם בעל הפוליסה	לשכת עורכי הדין- הועד המרכזי
	שם המבטחת	מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
	רשאים להצטרף לביטוח	גיל מרבי להצטרפות לפוליסה הוא גיל 67 שנים. <u>הצטרפות חברים ועובדים</u> חבריי ועובדיי בעל הפוליסה, לרבות חבר ו/או עובד חדש, שגילו אינו עולה על גיל 67, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת. <u>הצטרפות בני משפחה</u> צירוף בני משפחה של החבר/עובד יהיה בהתאם להסכם הביטוח והפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת, ומותנה בביטוח החבר/עובד. ההצטרפות של בני המשפחה תהיה לרובד הביטוחי ולהיקף הכיסוי בו מבטח החבר. יובהר, כי לא ייעשה צירוף ילדים לפוליסה ללא צירוף בן/ת הזוג של החבר/עובד, למעט במקרה של משפחה חד הורית או במקרה בו לבן/בת הזוג יש פוליסת ביטוח בריאות אחרת (בכפוף להצגת הפוליסה ואישור תשלום הפרמיה לשלושה חודשים אחרונים). חבר/עובד שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו ובתנאי שגילו אינו עולה על גיל 67 כולל ילדיה/ה בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת. ילדים שיצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לבוגרים, ימשיכו בביטוח בתעריף פרמיית בוגר. תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבטח יצורף לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות.
	פרקי הפוליסה	השתללות בישראל ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א' להסכם זה. תרופות מיוחדות - כמפורט בפרק ב' להסכם זה. כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - כמפורט בפרק ג' להסכם זה. כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"השקל הראשון" - כמפורט בפרק ד' להסכם זה. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן - כמפורט בפרקים ה' להסכם זה.

תנאים	סעיף	
שירותים אמבולטוריים – כמפורט בפרק ו' להסכם זה. כתבי שירות – כמפורט בפרק ז' להסכם זה. נספח תגמולי ביטוח - רשימת גבולות אחריות המבטח. *בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, תבחן המבטחת אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה. ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים. **לגבי כיסוי משלים שב"ן: א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. ג. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן). למבוטחים שרכשו ברות ביטוח: בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.		
1.5.2016 – 30.4.2021 (5 שנים)	משך תקופת הביטוח	
במקרה בו הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או לחלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מסיבה כלשהיא או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי לרבות: פטורין, עזיבת עבודה או גירושין, יוכל כל מבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת הכיסויים הדומים ביותר הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים) ובהנחה של 25% לתקופה של ארבע שנים ו-10% לאחר מכן לכל החיים, מתעריפי הפוליסה הפרטית. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.	המשכיות	

תנאים	סעיף	
על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, 30 יום לפני מועד סיום הביטוח ועד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.		
אין	תנאים לחידוש אוטומטי	
תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. פרק ד' - ניתוחים בארץ ומחליפי ניתוח בארץ מ"שקל ראשון" - סעיף 6. פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן - סעיף 11. פרק ו' - שירותים אמבולטוריים - סעיף 5.	תקופת אכשרה	
אין	תקופת המתנה	
המבוטח נדרש בתשלום השתתפות עצמית בגין הפרקים הבאים: פרק ב' - תרופות מיוחדות - סעיף 3.1. פרק ו' - שירותים אמבולטוריים - כמפורט בסעיפי פרק זה. פרק ז' - כתיב שירות - כמפורט בסעיפים 2.6, 2.9 (שירות ביקורופא לילי), סעיף 2.11 (ייעוץ פסיכולוגי), סעיף 4.1, 4.3 (רפואה משלימה), סעיף 4 (לחיות בריא), סעיף 3.6 (פאנל מומחים).	השתתפות עצמית	
חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים

תנאים				סעיף																																																	
הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי המבוטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.																																																					
<table><tr><th>קבוצת גיל</th><th>מסלול מה-"שקל הראשון"</th><th>מסלול שב"ן</th><th>משלים</th></tr><tr><td>19-30</td><td>104</td><td>94</td><td></td></tr><tr><td>31-35</td><td>119</td><td>106</td><td></td></tr><tr><td>36-40</td><td>119</td><td>106</td><td></td></tr><tr><td>41-45</td><td>141</td><td>122</td><td></td></tr><tr><td>46-50</td><td>146</td><td>127</td><td></td></tr><tr><td>51-55</td><td>177</td><td>147</td><td></td></tr><tr><td>56-60</td><td>212</td><td>172</td><td></td></tr><tr><td>61-65</td><td>249</td><td>196</td><td></td></tr><tr><td>66-70</td><td>321</td><td>240</td><td></td></tr><tr><td>+71</td><td>333</td><td>250</td><td></td></tr><tr><td>ילד עד 24 כולל</td><td>42</td><td>37</td><td></td></tr></table> ✓ ילד שלישי ואילך במשפחה - חינם. ✓ ילד עד גיל 24 כולל. ✓ מדד יסודי: המדד אשר פורסם ביום 15.4.16.				קבוצת גיל	מסלול מה-"שקל הראשון"	מסלול שב"ן	משלים	19-30	104	94		31-35	119	106		36-40	119	106		41-45	141	122		46-50	146	127		51-55	177	147		56-60	212	172		61-65	249	196		66-70	321	240		+71	333	250		ילד עד 24 כולל	42	37		גובה הפרמיה החודשית	פרמיות
קבוצת גיל	מסלול מה-"שקל הראשון"	מסלול שב"ן	משלים																																																		
19-30	104	94																																																			
31-35	119	106																																																			
36-40	119	106																																																			
41-45	141	122																																																			
46-50	146	127																																																			
51-55	177	147																																																			
56-60	212	172																																																			
61-65	249	196																																																			
66-70	321	240																																																			
+71	333	250																																																			
ילד עד 24 כולל	42	37																																																			
פרמיה משתנה בהתאם לגילו של המבוטח וכן, צמודה למדד.				מבנה הפרמיה																																																	
דמי הביטוח משתנים בהתאם לגיל המבוטח כמפורט לעיל. בנוסף, דמי הביטוח יהיו צמודים למדד מידי חודש מהמדד היסודי המפורט לעיל ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום חודשי של דמי ביטוח.				שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח																																																	
התאמת פרמיה בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ("תקופת הבדיקה"). בדיקת הצורך בהתאמת דמי הביטוח תבוצע על פי הנוסחה המופיעה בסעיף 5.9 לפוליסה. במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מהתקרה המצוינת בנספח 2 לפוליסה, באם מוסכם ע"י שני הצדדים. מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח																																																					

סעיף	תנאים	
	הקבוצתי, העלאתה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח, בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו. לעניין זה, "העלאתה של דמי ביטוח" - לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאתה של דמי הביטוח והעלאתה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח; למעט העלאת בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאת בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח שישלם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.	
תנאי ביטול	המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח בהתאם להוראות לעיל. המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטחת. ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים, משמעה ביטול הפוליסה וכל נספחיה/פרקיה/רבידיה, אלא אם כן נמסרה הודעת הביטול רק בקשר לרובד מסוים.	
תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	המבטח יהיה רשאי לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.	
חריגים	<u>סייג בשל מצב רפואי קודם:</u> סייג בשל מצב רפואי קודם – מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן: א. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע. ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע. "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו. "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבטחים בביתם הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא	

סעיף	תנאים	
	סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.	
סייגים לחבות המבטחת	כמפורט בסעיף 13 לפרק התנאים הכלליים, החריגים בכל פרקי הפוליסה ובסעיפי הגבלת אחריות החברה כמפורט להלן: פרק ב' - תרופות מיוחדות - סעיף 6. פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 2. פרק ד' - ניתוחים בארץ ומחליפי ניתוח בארץ מ"שקל ראשון" - סעיף 5. פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן - סעיף 11. פרק ז' - כתבי שירות: שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי - סעיף 3. כתב שירות "פאנל מומחים" - סעיף 4.6.	
פירוט תגמולי ביטוח	המבוטח יוכל לקבל מידע על פירוט תגמולי הביטוח באתר האינטרנט של המבטחת www.menoramivt.co.il ו/או באמצעות מוקד המידע הטלפוני של המבטחת שמספרו 2000*.	
כפל ביטוח	מבוטח יקר, אנו מציעים לך לבחון, האם הינך מבוטח/ת בפוליסת בריאות קבוצתית נוספת בחברתנו, והאם את/ה זקוק/ה ליותר מפוליסת בריאות קבוצתית אחת.	
אופן הגשת התביעה	כמפורט בנוהל הגשת תביעה בסופה של החוברת.	

חלק ב' – ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם:

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק א' - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולם / ניתוחים מיוחדים בחו"ל					
סכום שיפוי	כיסוי מלא על ידי נותן שירות שבהסכם. השתלה על ידי נותן שירות שלא בהסכם - שיפוי עד גובה 5,000,000 ש"ח. במקרה של השתלת לב מלאכותי עד 1,000,000 ש"ח.	שיפוי	אישור רופא מומחה מטעמו של המבוטח בתחום הנדרש	משלים	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הוצאות קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה	עד 200,000 ש"ח	שיפוי		משלים	
הוצאות איתור איבר להשתלה כולל איתור תורם מח עצם	הוצאות בגין בדיקות לאיתור איבר להשתלה לרבות תורם מח עצם עד תקרה של 200,000 ש"ח	שיפוי		משלים	
הוצאות נסיעה לחו"ל	עד 25,000 ש"ח למקרה ביטוח	שיפוי		משלים	
הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	עד תקרה של 100,000 ש"ח	שיפוי		משלים	
הוצאות שהייה בחו"ל לאדם	עד 1,000 ש"ח ליום לאדם ועד 200,000 ש"ח	שיפוי		משלים	
טיפול המשך לאחר	עד תקרה של 150,000 ש"ח	שיפוי		משלים	
מעקב בחו"ל	עד 30,000 ש"ח	שיפוי		מוסף	יש קיצוז
פיצוי חד פעמי לפני ביצוע	בכפוף לוותורו של המבוטח על שיפוי בגין	פיצוי		מוסף	אין קיצוז

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
השתלה	הוצאות ביצוע השתלה בפועל כמפורט לעיל, המבטחת תשלם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ש"ח				
פיצוי חד פעמי לאחר ביצוע השתלה	בכפוף לוותירותו של המבוטח על שיפוי בגין הוצאות ביצוע השתלה בפועל כמפורט לעיל, המבטחת תשלם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ש"ח עבור ביצוע השתלה בחו"ל. 100,000 ש"ח עבור ביצוע השתלה בארץ			מוסף	אין קיזוז
גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה	במקרה של השתלת אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, אונת כבד, רחם, מח עצם וכל שילוב ביניהם - 7,500 ש"ח לתקופה מרבית של 24 חודשים. כבד, לב, לב-ריאה, ריאה – 9,450 ש"ח למשך 24 חודשים. במקרה של קרנית ו/או השתלת מח עצם עצמי - 4000 ש"ח למשך 3 חודשים.	פיצוי		מוסף	אין קיזוז
גמלת החלמה בגין תרומת איבר לבן משפחה מדרגה ראשונה	1,500 ש"ח למשך 12 חודשים				

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
גמלה במקרה של אובדן כושר עבודה	6,000 ש"ח למשך 6 חודשים	פיצוי		מוסף	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
טיפולים מיוחדים בחו"ל	שיפוי מלא במסגרת הסכם. לא בהסכם-עד 800,000 ש"ח , סך הכולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה	שיפוי	אישור רופא מומחה מטעמו של המבוטח בתחום הנדרש	תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הוצאות טיסה לטיפול נסיוני	עד 20,000 ש"ח	שיפוי		מוסף	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הטסה רפואית לטיפול נסיוני בחו"ל	עד תקרה של 100,000 ש"ח	שיפוי		משלים	
הוצאות שהייה לטיפול נסיוני בחו"ל	עד 1,000 ש"ח ליום לאדם ועד 6 חודשים	שיפוי		משלים	
פרק ב' - תרופות מיוחדות					
סכום שיפוי מרבי	עד 2,000,000 ש"ח סכום זה מתחדש כל תקופת בדיקה. בגין תרופות המאושרות מכוח סעיף 29 ג' ותרופות יתום. בכפוף להשתתפות עצמית של 150 ש"ח מסכום ההוצאה שניתן למקרה ביטוח לחודש. במקרה של תרופה שעלותה מעל 10,000 ש"ח או במקרה של תרופה לטיפול במחלת	שיפוי	רופא מומחה בתחומו מטעם המבוטח	מוסף או משלים	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
	הסרטן, לא תגבה השתתפות עצמית				
החזר בגין טיפול רפואי נלווה	עד 200 ש"ח לטיפול	שיפוי		מוסף או משלים	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק ג' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל					
סכום שיפוי	אישור הניתוח מראש ע"י המבטח-שיפוי מלא. בבצוע ללא תאום עם המבטח- שיפוי עד לסכום מירבי של 150,000 ש"ח או 200% מעלות מעלות ניתוח / תחליף ניתוח בארץ - הגבוה מביניהם ולא יותר מההוצאה בפועל	שיפוי	אישור מראש ובכתב	מוסף	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הוצאות טיסה העברה יבשתית	עד 85,000 ש"ח	שיפוי	אישור מראש ובכתב	מוסף	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הוצאות טיסה ושהייה בחו"ל	הוצאות טיסה - עד 25,000 ש"ח, הוצאות שהייה בחו"ל – עד 700 ש"ח ליום ולא יותר מ- 21 יום	שיפוי		מוסף	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הטסת גופה	כיסוי מלא	שיפוי		מוסף	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הבאת מומחה לישראל	עד 400,000 ש"ח	שיפוי		מוסף	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הוצאות שהייה	עד 700 ש"ח ליום ולא	שיפוי		מוסף	יש קיצוז,

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
למבוטח לאחר ניתוח	יותר מ-5 ימים.				בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק ו' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, כיסוי מ"שקל הראשון"					
שכר מנתח	שכר מנתח הסכם ישולם במלואו ישירות למנתח ההסכם. שכר מנתח אחר - התשלום למבוטח בהתאם לסוג ההליך המבוצע, יהא עד 120% משכר מנתח הסכם, כפי שמפורסם באתר האינטרנט של המבטחת לגבי ההליך המבוצע, ולא יותר מהסכום המירבי אותו משלמת המבטחת בגין הניתוח ולא יותר מגובה ההוצאות הממשיות אשר הוצאו על ידי המבוטח	שיפוי	אישור מראש של המבטח	תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
התייעצויות	עד 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח. התייעצות אצל נותן שירות בהסכם - יינתן שיפוי מלא. עבור התייעצות שניתנה שלא ע"י נותן שירות שבהסכם, יינתן שיפוי עד 1,100 ש"ח להתייעצות.	שיפוי		תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הוצאות רפואיות בגין ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	המבטחת תשלם ישירות לבית חולים מוסכם את ההוצאות עבור חדר ניתוח ואשפוז למשך תקופת אשפוז שלא תעלה על 30 ימים	שיפוי		תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
טיפול מחליף ניתוח בארץ	המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין טיפול חלופי אשר בוצע בישראל על ידי נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא.	שיפוי		מוסף	-

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
	בוצע הטיפול החלופי על ידי נותן שירות שאינו בהסכם - התשלום למבטוח בהתאם לסוג ההליך המבוצע, יהא עד 120% משכר מנתח הסכם, כפי שמפורסם באתר האינטרנט של המבטחת לגבי ההליך המבוצע, ולא יותר מהסכום המרבי אותו משלמת המבטחת בגין הניתוח ולא יותר מגובה ההוצאות הממשיות אשר הוצאו על ידי המבטוח				
פרק ה' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (למבטוח שרכש מסלול שב"ן בלבד)					
מסלול משלים שב"ן	הזכאות לתגמולי ביטוח כאמור בפרק זה הנה לאחר מיצוי הזכאות לתגמולי ביטוח (שיפוי / הנחה ו/או השתתפות) להם זכאי המבטוח, במידה והנו זכאי להם במסגרת תוכנית השב"ן בה המבטוח חבר. הכיסויים זהים לפרק הניתוחים לאחר מיצוי הזכאות במסגרת השב"ן	שיפוי	אישור מראש של המבטוח	משלים	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק ו'- שירותים אמבולטוריים					
התייעצויות עם רופא מומחה	עד תקרת החזר בגובה 1,500 ש"ח להתייעצות, ועד 6 התייעצויות או אבחונים, אך לא יותר מ- 3 התייעצויות לכל מקרה ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיצוז

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
בדיקות אבחנתיות	עד לסך 12,000 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בת 20%, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח לחו"ד.	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
כיסוי חוות דעת שניה בחו"ל	עד 6,500 ש"ח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
הוצאות טיסה ושהייה עבור חוות דעת שנייה בחו"ל	עד 4,500 ש"ח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	עד 4,500 ש"ח לשנת ביטוח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
חוות דעת שנייה לפענוח בדיקת הדמיה	עד 3,000 ש"ח למקרה ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית 15%	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
טיפול פזיותרפיה ו/או הידרותרפיה אמבולטורים	עד 4,500 ש"ח לשנת ביטוח, עד לסך של 220 ש"ח לטיפול ולא יותר מ- 20 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית 20%	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
טיפול שיקום אחרי ניתוח או תאונה	לעד 250 ש"ח לטיפול ולא יותר מ-22 טיפולים לשנת ביטוח. השתתפות עצמית 20%	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
טיפולים אונקולוגיים	עד 100,000 ש"ח לכל שנת ביטוח. עד 200,000 ש"ח לטיפול בהימופילטרציה או פרפוזיה ישירה	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
בדיקות גנטיות	עד 20,000 ש"ח למקרה ביטוח לתקופת בדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית 15%.	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
טיפול ע"י מקרופאגים	עד 5,000 ש"ח למקרה ביטוח. בכפוף להשתתפות עצמית 15%.	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
מנוי למשדר קרדילוגי	עד 150 ש"ח לחודש, ובכפוף ל- 25% השתתפות עצמית.	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
התעמלות שיקומית	עד 200 ש"ח לחודש, ובכפוף ל- 25% השתתפות עצמית.	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול	עד 700 ש"ח ליום, ולא יותר מ-14 ימים. בכפוף להשתתפות עצמית 25%.	שיפוי	ע"פ הוראה רפואית	תחליפי או מוסף	אין קיזוז
טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה	עד 4,000 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית 25%.	שיפוי	ע"פ הפניית רופא מומחה	תחליפי או מוסף	אין קיזוז
שיקום דיבור/ראיה/ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- amblyopia	עד 200 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
אחות פרטית	עד 750 ש"ח ליום ועד 14 ימים לכל שנת ביטוח. בכפוף להשתתפות עצמית 15%.	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
אביזרים רפואיים	עד 3000 ש"ח לתקופת הבדיקה ויתחדש כל	שיפוי	מכתב רופא המאשר את	תחליפי או מוסף	אין קיזוז

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
	תקופת הבדיקה		הצורך		
טיפול בחדר מלח	120 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיצוז
שיקום הליכה ויציבה	עד 7000 ש"ח לתקופת הבדיקה, ויתחדש כל תקופת בדיקה. בכפוף ל- 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	הפנייה מרופא מומחה	תחליפי או מוסף	אין קיצוז
פיצוי כתוצאה מאשפוז שלא לצורך ניתוח	400 ש"ח ליום, החל מהיום השני ועד 10 ימי אשפוז.	פיצוי		מוסף	אין קיצוז
הזרקת חומרי סיכון למפרקים וגלי הלם	עד 3,000 ש"ח למקרה ביטוח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיצוז
טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות	עד 3,000 ש"ח למקרה ביטוח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיצוז
בדיקות ראייה באשפוז	עד 200 ש"ח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיצוז
אבחון התפתחות הילד	עד 2,500 ש"ח לתקופת הבדיקה. בכפוף להשתתפות עצמית 20%	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיצוז
טיפול בהתפתחות הילד	עד 150 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים לתקופת הבדיקה, ויתחדש כל תקופת בדיקה. בכפוף להשתתפות עצמית 20%	שיפוי		תחליפי או מוסף	
בדיקות סקר תקופתיות	ביצוע בדיקות אחת לשנתיים עד 800 ש"ח. השתתפות עצמית בגובה 150 ש"ח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיצוז

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
רפואה מונעת	350 ש"ח לבדיקה, ועד שלוש בדיקות לתקופת הבדיקה. בכפוף להשתתפות עצמית 20%.	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
בדיקות הריון	עד 6,000 ש"ח, ובכפוף להשתתפות עצמית 20%	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
סיקור גנטי לפני הריון	עד 2,000 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית 20%	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
בדיקות גנטיות במהלך ההריון או לאחריו	עד 5,000 ש"ח השתתפות עצמית 20%	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
הפסקת הריון באמצעות מייפגין	שיפוי עד 4000 ש"ח למקרה ביטוח	שיפוי	אישור וועדת הפסקת הריון	תחליפי או מוסף	אין קיזוז
יועצת הנקה	עד 400 ש"ח ובכפוף ל- 20% השתתפות עצמית	שיפוי			
דולה	עד 3,200 ש"ח, השתתפות עצמית של 20%	שיפוי			
תרומת ביצית	עד 20,000 ש"ח לתקופת הבדיקה, ובכפוף ל- 20% השתתפות עצמית	שיפוי			
שהייה בבית החלמה לאחר לידה	עד 600 ש"ח לכל יום שהייה ולא יותר מ- 3 ימים לכל לידה	שיפוי			
טיפול פיריון לרבות הפרייה חוץ גופית בארץ או בחו"ל	עד 20,000 ש"ח לילד. השתתפות עצמית 20%	שיפוי	הפניית רופא מומחה	תחליפי או מוסף	אין קיזוז

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטחת והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
מימון שירותי פונדקאות בארץ או בחו"ל	עד 25,000 ש"ח לטיפול. בכפוף להשתתפות עצמית 25%.	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
דם טבורי	עד 4,000 ש"ח להריון. בכפוף להשתתפות עצמית 20%	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
אביזרים לאחר ניתוח	עד 2,500 ש"ח	שיפוי		תחליפי או מוסף	אין קיזוז
פרק ז' – כתבי שירות					
כתבי שירות	- מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה - שירות ביקור רופא לילי - שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי - שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים - רפואה משלימה - לחיות בריא - פאנל מומחים "לצדך בעת צרה"				

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים).

ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.

ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

יצוין כי ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

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

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי לחברי לשכת עורכי הדין ישראל ובני משפחותיהם

השתלוח בארץ ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל,
תרופות מיוחדות, ניתוחים בחו"ל ומחליפי ניתוח בחו"ל,
ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משקל הראשון /משלים לשב"ן
שירותים אמבולטוריים וכתבי שירות.

פרק מבוא **הגדרות ותנאים כלליים**

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.

1.1. **"הסכם הביטוח"** - חוזה הביטוח מיום 01/05/2016 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לבעל הפוליסה.

1.2. **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.

1.3. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).

1.4. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות, במועד הגשת התביעה, לבצע ניתוחים באופן פרטי.

1.5. **"בית חולים שבהסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו- 1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.

1.6. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.

1.7. **"ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.

1.8. **"חו"ל"** - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.

1.9. "רופא מומחה" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים.

1.10. "מנתח הסכם" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח הנמצא בהסכם עם המבטח במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.

1.11. "מנתח אחר" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.

1.12. "ניתוח אלקטיבי" - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף.

1.13. "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.

1.14. "רופא מרדים בהסכם" - רופא מרדים כמוגדר בסעיף 1.13 לעיל ואשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.

1.15. "רופא מרדים אחר" - רופא מרדים אחר כמוגדר בסעיף 1.13 לעיל, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.

1.16. "חדר ניתוח" - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.

1.17. "אשפוז" - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח, למעט במחלקת שיקום.

1.18. אתר האינטרנט של המבטחת - אתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו:
www.menoramivt.co.il

1.19. "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.

1.20. "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 המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקם לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה

המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. **ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

1.21. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבוטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקת או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה מגנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" (הגדרה זו חלה על פרקי הפוליסה הרלוונטיים, למעט פרק הניתוחים).**

יובהר כי הגדרה זו לא תחול על כיסוי "ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל".

1.22. **"תחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבוטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאלו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבוטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל להגדרתו בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) ואשר רשומה כדין בפנקס המרפאות בישראל או בבית חולים או מרפאה בחו"ל..

1.23. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.

1.24. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

- 1.25. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בהסכם ביטוח זה על כל נספחיו, אשר בהתקיימה מקנה למבטוח תגמולי ביטוח.
- 1.26. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינקי;
- 1.27. **"בדיקה פתולוגית"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבטוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.28. **"יום אשפוז"** – שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
- 1.29. **"יועץ מלווה"** היועץ הרפואי המלווה אשר ילווה את המבטוחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה ד"ר אודי פרישמן ו/או מי מטעמו.
- 1.30. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבטוח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.31. **"המבוטח"** - כהגדרתו בפוליסה.
- 1.32. **"שב"ן"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים כהגדרתו בסעיף 10 לחוק הבריאות
- 1.33. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 1.34. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.35. **"סוכנות הביטוח"** - סוכנות ביטוח אשר תיבחר על-ידי בעל הפוליסה.
- 1.36. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.37. **"שינוי בדמי הביטוח"** - לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
- 1.38. **"וועדת הליסינקי"** - ועדה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).
- 1.39. **"תקופת אכשרה"** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטוח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטוח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.

מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.

1.40. **"בעל הפוליסה"** - תאגיד, חבר בני אדם או ארגון, המתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת ובלתי ניתנת לסתירה.

1.41. **"גיל הפרישה המוקדמת"** - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004

1.42. **"גמלאי"** - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשלום קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

1.43. **"הודעה שנייה"** - כמשמעותה בסעיף 5.1 להלן.

1.44. **מפרט הפוליסה** - נספח המצורף לפוליסה והכולל בין השאר: תאריך תחילת הביטוח, דמי הביטוח הקבועים בפוליסה, המדד היסודי וכיו"ב.

1.45. **דמי הביטוח או הפרמיה** - הסכומים שעל המבוטח לשלם לחברה בגין הפוליסה, כמפורט בסעיף 5 להלן.

1.46. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או כל מדד שיבוא במקומו.

2. אופן הצטרפות

2.1. חברים ועובדים אצל בעל הפוליסה שגילם אינו עולה על גיל 67, לרבות מבטחים המפורטים בסעיף 2.1 להסכם הביטוח, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת.

2.2. חבר/עובד חדש אצל בעל הפוליסה שגילו אינו עולה על גיל 67, לרבות מבטחים המפורטים בסעיף 2.1 להסכם הביטוח, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת.

2.3. חבר/עובד שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו ובתנאי שגילו אינו עולה על גיל 67 כולל ילדיו/ה, בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת. ילדים שיצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לבוגרים, ימשיכו לביטוח בתעריף בוגר.

2.4. תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח, יצורף לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת.

2.5. צירוף בני משפחה של חבר/עובד בהתאם להסכם הביטוח והפוליסה, מותנה בביטוח החבר/העובד. ההצטרפות של בני המשפחה תהיה לרובד הביטוחי ולהיקף הכיסוי בו מבוטח החבר/העובד. יובהר, כי לא ייעשה צירוף ילדים לפוליסה ללא צירוף בן/ת הזוג של החבר/העובד, למעט במקרה של משפחה חד הורית או במקרה בו לבן/בת הזוג יש פוליסת ביטוח בריאות אחרת(בכפוף להצגת הפוליסה ואישור תשלום הפרמיה לשלושה חודשים אחרונים)

2.6. במידה והמבוטח נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות הוראת קבע אישית למבטח.

2.7. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

2.8. הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהא המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתקבע ע"י המבטח לצד אותו מצב רפואי מסוים. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.

2.9. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לענין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.

2.10. מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 15 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. במידה ולאחר קבלת המסמכים, המועמד לביטוח יקבל תשובה שלילית בגין קבלתו לביטוח, יושבו דמי הביטוח (ככל שנגבו) למועמד. במידה ובמהלך התקופה שבין מסירת טופסי החיתום ועד לקבלת החלטת המבטח אירע מקרה ביטוח, ישלם המבטח למבוטח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוח בהסכם הביטוח וזאת במידה ולפי הוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטח לגבי מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, המבטח יהיה מודיע למבוטח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח.

2.11. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

3. חובת הגילוי

3.1. פוליסת הביטוח מבוססת על תשובות מלאות וכנות שניתנו לשאלות שנשאלו בטופסי הצעת הביטוח, ובשאלון הרפואי, במידה ונדרשו למילוי על פי תנאי הפוליסה או בכל דרך אחרת בכתב או בטלפון והמצורפות לפוליסה. וכן, על העובדה כי לא הוסתר מהמבטח עניין מהותי שהיה בו כדי להשפיע על תנאי קבלת המבוטח לביטוח.

3.2. הציג המבטח למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

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

3.2.2. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:

- א. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- ב. מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת – יושבו למשלמם.

3.3. המבטח אינו זכאי לתרופות בסעיפים 3.2.1-3.2.2 אלא אם תשובת המבוטח כאמור שלא הייתה מלאה וכנה, ניתנת בכוונת מרמה, בהתקיים כל אחד מאלה:

- 3.3.1. המבטח ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.
- 3.3.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.

תאריך לידתו של המבוטח, כפי שמופיע במסמך רשמי- הוא ענין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.

4. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות)

4.1. תקופת הביטוח תסתיים בתאריך ידוע מראש ולא תעלה על 5 שנים.

4.2. במקרה בו הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או לחלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח מסיבה כלשהיא או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי לרבות: פיטורין, עזיבת עבודה או גירושין, יוכל כל מבטח להצטרף לאחת מתוכניות

ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת הכיסויים הדומים ביותר הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים) ובהנחה מתעריפי הפוליסה הפרטית ולתקופת הנחה כפי שמפורט בנספח 2.

4.3. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסיגיה.

4.4. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבטח בכתב, 30 יום לפני מועד סיום הביטוח ועד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

4.5. המבטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.

4.6. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

4.7. היה והמבטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

4.8. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

4.9. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה.

5. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבטח

5.1. דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם מפורטים בנספח 2 לפוליסה.

5.2. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

5.3. מוטלת על המבטח, לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה, חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.

5.4. מבטח לא יצרף מבוטח לביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת").

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 בגין כל פרק בנפרד.

5.5. האמור בסעיף 5.4 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

5.5.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.

5.5.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוח" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "רצף ביטוח").

5.5.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" הינו פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שיניים.

5.6. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

5.7. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי המבוטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופונה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה (כמפורט בסעיף 7.1 להלן) והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יוצרף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי.

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

5.9. התאמת דמי הביטוח

5.9.1. בתום שלוש חודשים (30) מיום תחילת הסכם הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ("תקופת הבדיקה").

5.9.2. בדיקת הצורך בהתאמת דמי הביטוח תבוצע על פי הנוסחה שלהלן: **פרמיה ברוטו**: הפרמיה המשולמת על ידי בעל הפוליסה והמבטחים. **הפרמיה לחישוב**: פרמיה ברוטו בניכוי הוצאות המבטחת, כמצוין בנספח 2 לפוליסה, ובניכוי עמלות הסוכן. **תביעות משולמות**: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפעול במהלך תקופת הבדיקה. **תביעות תלויות**: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם. **IBNR**: עד 10% מהתביעות ששולמו ותביעות תלויות, כפי שקבע אקטואר החברה על פי השיטות המקובלות והמתאימות להערכת ה-IBNR במאזני החברה. **רווח/הפסד**: הפער בין הפרמיה לחישוב לבין התביעות המשולמות, התביעות התלויות ו-IBNR.

5.9.3. במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מהתקרה המצוינת בנספח 2 לפוליסה, באם מוסכם ע"י שני הצדדים. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים נוספים לפוליסה כפי שיוחלט בין הצדדים.

5.9.4. 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 חבר בקבוצת המבטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו.

לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" – לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטח; למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטח ערב מועד חידוש הביטוח.

6. הצהרות בעל הפוליסה

6.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב שהוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

6.2. כי הינו תאגיד לגבי חבריו ובני משפחותיהם ומעסיק לעובדיו ובני משפחותיהם (לרבות ידועים בציבור ובני זוג מאותו המין).

7. מתן הודעות למבוטח:

7.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבראות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח ("מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמת המפורשת של מבוטח תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי, לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון (לעיל ולהלן: "**הודעה שנייה**").

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

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

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

7.5. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבראות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה כאמור.

8. ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסוים

8.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

8.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי המבוטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

8.3. על אף האמור לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 6.2 לעיל, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה.

9. תגמולי ביטוח

9.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות שבהסכם עם המבטח במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות.

9.2. במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין, לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

9.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות.

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

9.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

9.6. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השרות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של

המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבוטח על פי תנאי הפוליסה.

10. תחלופ (סברוגציה)

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

10.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבוטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

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

11. ביטוח כפל

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

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

12. תביעות

12.1. בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח בחו"ל, בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל, יודיע על כך למבטח ויקבל את התייחסות המבטח לתביעה בכתב תוך זמן סביר ובהתחשב במצבו הרפואי של המבוטח ובדחיפות הבעיה הרפואית. למען הסדר הטוב, מובהר כי למבוטח הזכות להחליט אם ברצונו לקבל את הטיפול הרפואי בישראל או בחו"ל, במידה והכיסוי קיים בחו"ל, ובכפוף להוראות הסכם זה.

12.2. אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח ו/או קבלת טיפול רפואי דחוף במבטח ושומע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ו/או הטיפול הרפואי הדחוף ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הסכם זה בתנאי שהתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום או הטיפול הרפואי טיפול חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטח תוך זמן סביר העולה ממצבו של המבטח, ולא יותר מ 45 יום ממועד ביצוע הניתוח ו/או קבלת הטיפול הרפואי.

12.3. המבטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבטח.

12.4. המבטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבטח להשיג במאמץ סביר. לרבות פרטים אודות זהות מבצע הפרוצדורה הרפואית, שם בית החולים או המרפאה בהם הינו מעונין לבצע את הפרוצדורה הרפואית וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים למצב הרפואי בגינו נזקק המבטח לבצע את הפרוצדורה הרפואית, ואם אינם ברשותו עליו לעזור למבטח באופן סביר להשיגם.

12.5. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

12.6. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות או העתק קבלות בצירוף הסבר למי נשלחו מהמסמכים המקוריים ופירוט הסיבה למה לא יכול המבטח להמציאם למבטח.

12.7. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

12.7.1. ייתן למבטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

12.7.2. יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבטח עצמו.

12.7.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

12.7.4. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

13. חריגים כלליים (למעט פרק ניתוחים בישראל)

13.1. המבטח לא יאה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

13.1.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, במהלך תקופת אכשרה, במידה וישנה, בכל אחד מפרקי הפוליסה.

13.1.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

13.1.3. פעילות ספורטיבית אתגרית מקצועית ששכר בצידה, המתייחסת לענפי ספורט הנחשבים מסוכנים במיוחד והדורשים מהעוסקים בהם רמות גבוהות של קושי ו/או מאמץ, על פי הרשימה להלן: רכיבת שטח באופניים או אופנוע, מוטוקרוס, סקי שלג, אופנוע ים, גלישת גלים, גלישת רוח, סקי מים, שייט קיאקים, רפטינג, מצנח גלישה, גלישת מצוקים, סנפלינג, טיפוס הרים, באנג'י וטיפוס קירות.

13.1.4. שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).

13.1.5. חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית הנגרמת כתוצאה ממיזוג או היתוך גרעיניים.

13.1.6. מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או חבלה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

13.1.7. טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון, ובדיקות שיגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.

13.1.8. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/ים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, תאונות ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חירך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

13.1.9. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הלסינקי.

13.1.10. סייג בשל מצב רפואי קודם – מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יאה מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:

- א. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.
- ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.
- "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.
- "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבטחים שהיו מבטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

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

14. מתן מסמכים למבוטח

- 14.1. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבוטח, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, ודף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 14.2. על אף האמור בסעיף 14.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או האורך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלוש החודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטחת על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור המבטחת לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין: כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי; את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה ואת האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 14.3. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחובה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.
- 14.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החובה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

15. תנאי הצמדה למדד

- 15.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 15.1.1. "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד

הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

15.1.2. "המדד היסודי" - משמעו המדד הידוע במועד תחילת ההסכם.

15.1.3. "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

15.2. כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור עליית/ירידת המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

15.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

16. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

17. ביטול הפוליסה

17.1. תקופת הביטוח לגבי כל מבטח ו/או לגבי כלל המבטחים, תבוא לידי סיום, בכל אחד מהמועדים המפורטים להלן, לפי המועד המוקדם שביניהם:

17.1.1. בתום תקופת הביטוח על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.

17.1.2. עם מותו של המבטח.

17.1.3. במועד בו פסקה הזיקה בין בעל הפוליסה לבין המבטח.

17.2. ביטול על ידי המבטח

17.2.1. המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח בהתאם להוראות לעיל.

17.2.2. המבטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטחת.

17.2.3. ביטול הפוליסה לגבי מבטח מסוים משמעה ביטול הפוליסה וכל נספחיה/פרקיה/רבדיה, אלא אם כן נמסרה הודעת הביטול רק בקשר לרובד מסוים.

17.3. ביטול על ידי המבטחת

המבטחת תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

18. התיישנות

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

19. המבטחת אינה אחראית לשירותים הרפואיים הניתנים על ידה ולתוצאותיהם
למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזה, בחירת הרופא המטפל ו/או ספק השירות הרפואי ו/או בית החולים שבו יינתן השירות הרפואי ו/או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה, נעשים על ידי המבוטח, והמבטחת איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או לפעולות נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על ידי כל נותן שירות ו/או מוכר מוצר כאמור ו/או ספק השירות הרפואי לרבות ו/או כל לכל נזק שייגרם על ידם.
מובהר בזאת, כי האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן השירות שבהסכם ו/או בתיאום עם המבטחת ו/או חברה קשורה ו/או על ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.
יובהר כי סעיף זה אינו חל על כתבי השירות המצורפים לפוליסה.

20. כללי

- 20.1. כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.
- 20.2. המבטח מתחייב לשמור על סודיות של מידע סודי של בעל הפוליסה כגון אך לא רק: רשימות עובדים, פרטי ההסכם וכל מידע סודי אחר ולא לעשות בהן כל שימוש למעט מידע שהוא נחלת הכלל, או מידע המחויב בגילוי על פי חוק או לעניין יישומו של הסכם זה.
- 20.3. מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.
- 20.4. כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן כפי שפורטו לעיל :

בעל הפוליסה: לשכת עורכי הדין- הועד המרכזי
רחוב שופן 1 ירושלים
92190

המבטחת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
תחום בריאות
ת.ד. 927
תל-אביב 6100802

- 20.5. כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.
- 20.6. על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981. וכן תקנות וחוזרי ביטוח שפורסמו ע"י משרד האוצר.

פרק א'

השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות:

1.1. **המרכז הלאומי להשתלות** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.

1.2. **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.

1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.

1.2.2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.

1.2.3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.

1.2.4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

1.2.5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.

1.2.6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.

1.2.7. הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.

1.3. הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע. לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני או טיפול לא קונבנציונאלי.

1.4. **השתלה** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

1.4.1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.

1.4.2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.

ההגדרה של השתלה (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המימיום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

1.5. **הטסה רפואית** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל ו/או מחו"ל

לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה

2. מקרה ביטוח

2.1. צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו, בארץ או בחו"ל.

2.2. צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. התחייבות המבטח

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:

3.1. לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים (שבהסכם) ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית כמפורט בנספח גבולות אחריות המבטח- נספח 1. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים, התשס"ח – 2008.

3.2. לעניין טיפול/ניתוח מיוחד בחו"ל - בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם – שיפוי מלא. בגין כל הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים המבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, השיפוי לא יעלה על סכום הביטוח המרבי כמפורט בנספח 1.

3.3. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו- 3.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:

3.3.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות כיוסי עלות הטיסות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

3.3.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.3.3. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;

3.3.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;

3.3.5. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;

3.3.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.

3.3.7. הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180

ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.

3.4. הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:

- 3.4.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושלל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.4.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושלל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.4.3. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.4.4. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבטח ומלווה אחד, במקרה והמבטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.4.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצידוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1;
- 3.4.6. הוצאות להשייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבטח ולמלווה אחד, במקרה של מבטח קטין - ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.
- 3.4.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, במקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.8. הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י הסכם זה, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.4.9. תשלום עבור העברת גופת המבטח לישראל, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.10. תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום בנספח 1.
- 3.4.11. תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, כמפורט בנספח 1.

3.5. כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.10 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.5, 3.4.7 – הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.

3.6. תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:

- 3.6.1. מבטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבטח בהסכם זה, יהיה זכאי

לפיצויי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1 למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

3.7. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה:

3.7.1. עבר המבוטח השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמי), יקבל את הפיצוי המגיע לו ובלבד שחתם על תצהיר כי עבר את ההשתלה בכפוף להוראות חוזר ביטוח 1-1-2009 וכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה, יקבל המבוטח פיצוי חד פעמי בגובה הנקוב בנספח 1. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

למען הסר ספק, המבוטח יהיה זכאי לקבלת פיצוי כספי בגין סעיף 3.6 או 3.7 ובכל מקרה, לא בגין שני הסעיפים גם יחד. למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו- 3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.8 להלן ובלבד שהמבוטח, אשר קיבל פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, עבר את ההשתלה בפועל בחו"ל.

3.8. גמלת החלמה לאחר השתלה:

3.8.1. עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בגין שירותי סיוע בתפקוד הנדרשים לאחר השתלה בסך הנקוב בנספח 1 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך הזמן הנקוב בנספח 1. עבר המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל וקופ"ח השתתפה בהוצאות הטיפול, ישלם המבטח למבוטח פיצוי חודשי נקוב בנספח 1.

3.8.2. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטבי. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.

3.8.3. תרם המבוטח איבר לבן משפחה מדרגה ראשונה יהיה זכאי לגמלת החלמה בת 3 חודשים כמפורט בנספח 1 מובהר כי גמלת ההחלמה אינה באה לפצות את המבוטח עבור התרומה אלא לכיסוי הוצאות החלמה לאחר הניתוח שעבר.

3.9. מבוטח הנמצא באבדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח לתרומת איבר לקרובו, יקבל פיצוי כמפורט בנספח 1 למשך 6 חודשים.

3.10. טיפול ניסיוני בחו"ל:

3.10.1. נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי – (להלן: "**מבצע הניסוי**"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבוטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה של המבוטח בחו"ל כדלקמן:

3.10.2. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין- שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

3.10.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1;

3.10.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.

פרק ב' תרופות מיחדות

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב.
- 1.2. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או על-ידי הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.
- 1.3. **תרופה ניסיונית** – תרופה שהשימוש בה מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינקי;
- 1.4. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.5. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.6. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.7. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.8. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.9. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.10. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.11. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.12. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

1.13. פרסום רשמי - אחד מהבאים:

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

(5)	תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines
(א)	שמתפרסם על ידי אחד מהבאים: NCCN
(ב)	ASCO
(ג)	NICE
(ד)	ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח

- 2.1. נטילת תרופה עקב מצבו הרפואי של המבוטח במהלך תקופת הביטוח, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.
- 2.2. מובהר כי אישור מכוח סעיף 29(ג) לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול במחלת המבוטח.
- 2.3. תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") תהווה אף היא תרופה המכוסה על פי תנאי פוליסה זו.

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח

- 3.1. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בנספח 1 למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
 - 3.1.1. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום הנקוב בנספח 1.
 - 3.1.2. על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ש"ח לחודש.
- 3.2. במקרה וקיבל המבוטח את התרופה משב"ן ושילם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.
- 3.3. מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.
- 3.4. מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי בגין מצב רפואי שהיה קיים טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח נתגלה אצלו מצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.

להבטחת הכיסוי על פי פרק זה יש לפנות לקבלת אישור המבטח מראש ולפני רכישת התרופה.

3.5. המבטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.

3.6. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.

3.7. סכום הביטוח המרבי למבטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד הסכום הנקוב בנספח 1 לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים.

3.8. המבטח ישפה את המבטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 60 יום.

4. חריגים מיוחדים

4.1. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי המבטח לא יהא חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.

4.1.2. תרופה ניסיונית.

4.1.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ואין אונות.

4.1.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

4.1.5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים (למעט מצב בו נדרש המבוטח לקבל חיסון לטיפול במחלה פעילה) ו/או תוספי מזון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.

4.1.6. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

4.1.7. תרופה מניעתית לטיפול במחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או לצהבת מסוג C (Hepatitis B) ו/או לצהבת B (Hepatitis B).

4.1.8. תרופה מתחום הרפואה המשלימה כגון טיפול בוויטמינים/או תוספי מזון.

5. תביעות:

המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:

- 5.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
- 5.2 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטחת.

6. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל- 183 יום בשנה למעט באם השהייה היא במסגרת ניתוח ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

פרק ג'

כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הכיסוי הביטוחי

1.1. **מקרה הביטוח:** ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח במהלך תקופת הביטוח. תנאי מוקדם להתחייבות המבטח הוא אישורו מראש ובכתב למבוטח את זכאותו לביצוע ניתוח או תחליף הניתוח. במידה ולא אושרה זכאותו לניתוח מראש, יקבל שיפוי בגובה 200% מעלות ספקי הסכם של המבטח בארץ ולא יותר מההוצאה בפועל.

1.2. **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח באורח מלא וישיר עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז עד סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח 1.

1.3. **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:

1.3.1. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית כמפורט בנספח 1 להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.3.2. **כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז ואת הוצאות הטיסה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.

1.3.3. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ל המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל.

1.3.4. **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.

1.3.5. **כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח:** בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופה של 5 ימים לאחר השחרור מבית



החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.

2. חריגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

- 2.1 פיריון ו/או עקרות
- 2.2 כימותרפיה רדיותרפיה, דיאליזה לא יחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.
- 2.3 טיפולי רפואה משלימה מכל סוג שהוא.
- 2.4 טיפולים פארא רפואיים כגון פיזיותרפיה הידרותרפיה, ורפוי בעיסוק.
- 2.5 השתלות בישראל או בחו"ל.
- 2.6 לידה בניתוח קיסרי שאיננה עקב צורך רפואי.
- 2.7 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים למעט באם הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה.
- 2.8 ניתוחי ברית מילה לילודים שאינם כתוצאה מצורך רפואי.

פרק ד'

כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ- כיסוי מ"השקל הראשון"

1. הגדרות לפרק זה:

"**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;
"**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;
"**ניתוח**" – 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 ליזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
"**שתל**" – כל אבזר, 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;

2. מקרה הביטוח:

ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. תגמולי הביטוח:

תגמולי הביטוח המרבים בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 4.1 להלן, הינם כדלקמן:

3.1. הליך המבוצע על ידי נותן שירות בהסכם לביצוע אותו הליך- המבטחת תכסה את מלא ההוצאות המפורטות לעיל בגין ההליך שבוצע.

3.2. הליך המבוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם לביצוע אותו הליך - סכום הביטוח המרבי אותו תשלם המבטחת בגין ההליך המבוצע, יהא עד 120% משכר מנתח הסכם כפי שמפורסם באתר האינטרנט של החברה ולא יותר מהסכום המרבי אותו משלמת המבטחת בגין הניתוח ולא יותר מגובה ההוצאות הממשיות אשר הוצאו על ידי המבוטח.

יובהר כי אתר האינטרנט של המבטחת יעודכן מעת לעת והמבטחת רשאית להוסיף סוגי הליכים רפואיים נוספים בכל עת.

4. הכיסוי הביטוח

פוליסת ניתוחים בישראל תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

2. שכר מנתח;

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;

4. טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי ידקק המבוטח לטיפול נוסף.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבוטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

5.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת אכשרה.

5.2. 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;

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

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

(א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

(ב) ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של

סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

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

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

5.7. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

5.8. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

5.9. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

6. תקופת אכשרה: 90 יום, אולם בנוגע להריון או לידה, תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

פרק ה'

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (כולל ברות ביטוח)

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לספק השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים ולתנאים בפרק ניתוחים בארץ- מסלול מ"שקל הראשון.

1. יובהר כי בכל מקרה של סתירה בין ההגדרות והתנאים המופיעים בפרק התנאים הכלליים לבין ההגדרות והתנאים המופיעים בכיסוי זה, יגברו התנאים וההגדרות המופיעים בפרק זה.

2. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצדם:

2.1. בית חולים פרטי – אחד מאלה:

2.1.1. 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.

2.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;

2.3. ברות ביטוח (ביטוח המשך ללא חיתום): כיסוי המקנה למבוטח את הזכות להצטרף לתכנית ביטוח, "כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, כיסוי מ"שקל ראשון" (פרק ד' בפוליסה זו), תוך מתן רצף ביטוחי לתנאי החיתום שנקבעו ושהיו תקפים במועד תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח זו, ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם, ללא תקופת אכשרה נוספת, ובתמורה לדמי ביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים בנספח כיסוי מלא אצל המבטחת באותה עת.

2.4. הליך/ הליך רפואי: ניתוח, טיפול מחליף ניתוח או התייעצויות כהגדרתם בתכנית ביטוח זו. מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן- מקרה ביטוח המכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, ואשר תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן הסתיימה לגבי המבוטח.

2.5. מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן - מקרה ביטוח, שהשב"ן לא מכסה לכלל מבוטחיו ו/או מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן, בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה.

2.6. מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים - מקרה ביטוח שאינו מכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים. כנסיבות הנוגעות למבוטח מסוים ייחשבו, בין היתר, הנסיבות הבאות:

2.6.1. פיגור בתשלום דמי חבר ו/או אי תשלוםם לשב"ן.

2.6.2. השב"ן אינו בתוקף מכל סיבה שהיא.

2.7. תקופת אכשרה/ המתנה חדשה בשב"ן על מבוטח אשר עבר מהשב"ן בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה לשב"ן אחר.

2.8. **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם¹, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;

2.9. **תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון")** - כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.

2.10. **תכנית השב"ן** - תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.

2.11. **תקופת אכשרה** - 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.

2.12. **תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן** - תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.

3. מקרה הביטוח

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

הכיסוי הביטוחי בתכנית ביטוח זו הינו רובד משלים לתכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוך בחשבון את מימון השתתפות קופת חולים בהוצאות מקרה הביטוח, בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח.

פרמיית הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הניתן על פי תכנית ביטוח זו הינה פרמיה מופחתת מאשר הפרמיה הנגבית בכיסוי מלא מהשקל הראשון, והכיסויים הביטוחיים ותגמולי הביטוח מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בתכנית ביטוח זו.

4. תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת

4.1 עם היוודע הצורך בביצוע ההליך, יפנה המבוטח תחילה אל קופת החולים בה הינו מבוטח בתכנית שב"ן למימוש זכאותו על פי תכנית השב"ן ויפעל למיצוי מלוא הזכויות, המוקנות לו בגין מקרה הביטוח, במסגרת השב"ן בו הוא חבר.

4.2 המבוטח ישתף פעולה עם המבטחת ככל ששדרש וכן יודיע למבטחת בהקדם וימסור לה כל החלטה של קופת חולים הרלוונטית לביורר תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.

5. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח

תגמולי הביטוח המרביים בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 6 לעיל הינם כדלקמן:

5.1 בקרות מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן:

המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו בפועל, אשר בגינן זכאי המבוטח לקבל תגמולי ביטוח בהתאם לתנאי תכנית ביטוח זו, בניכוי ההוצאות שקיבל בגינן החזרים מהשב"ן, ובלבד שסך החזרים שיקבל מהמבטחת ומהשב"ן יחד לא יעלה על התקרות שנקבעו בסעיף 6 להלן.

5.2 **בקורות מקרה ביטוח שאינו מכוסה על פי תנאי השב"ן:**

המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות אשר בגינן זכאי המבוטח לקבל תגמולי ביטוח בהתאם לתנאי תכנית ביטוח זו, ובלבד שלא יעלו על התקרות שנקבעו בסעיף 6 להלן. (להלן: "ההוצאות המכוסות")

5.3 **בקורות מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים:**

המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההפרש שבין ההוצאות המכוסות לבין ההוצאות שהיו מגיעות למבוטח מהשב"ן בו היה חבר המבוטח לולא התקיימו הנסיבות הנוגעות לאותו מבוטח (להלן: "ההפרש"). במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח, תיקבע השתתפות המבטחת על פי המידע הקיים אצל המבטחת לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח או בסוג ניתוח דומה, ובאותה תכנית שב"ן.

6. **הכיסוי הביטוח**

המבטחת תשלם ישירות לנותן השירות שבהסכם, או תשפה את המבוטח, כנגד קבלות שימציא לה, בגין ההוצאות המפורטות להלן, שהוצאו בפועל בגין מקרה ביטוח, בהתאם למפורט להלן: הכיסוי בפרק זה יכלול כיסוי לעלות של מקרים אלה בלבד:

6.1 **שלוש התייעצויות** בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגבי;

6.2 **שכר מנתח;**

6.3 **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;

6.4 **טיפול מחליף ניתוח;** כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

7. **תגמולי הביטוח**

תגמולי הביטוח המרביים בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 6 לעיל הינם כדלקמן:

7.1 **הליך המבוצע על ידי נותן שירות בהסכם לביצוע אותו הליך-** המבטחת תכסה את מלא ההוצאות המפורטות לעיל בגין ההליך שבוצע.

7.2 **הליך המבוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם לביצוע אותו הליך -** סכום הביטוח המרבי אותו תשלם המבטחת בגין ההליך המבוצע, יהא עד 120% משכר מנתח הסכם כפי שמפורסם באתר האינטרנט של החברה ולא יותר מהסכום המרבי אותו משלמת המבטחת בגין הניתוח ולא יותר מגובה ההוצאות הממשיות אשר הוצאו על ידי המבוטח

7.3 **יובהר כי אתר האינטרנט של המבטחת יעודכן מעת לעת והמבטחת רשאית להוסיף סוגי הליכים רפואיים נוספים בכל עת**

7.4. על אף האמור בסעיף 6.1 לעיל, בגין התייעצות שניתנה שלא על ידי נותן שירות בהסכם לביצוע התייעצות, סכום ההחזר לא יעלה על סך של 1,100 ש"ח להתייעצות.

8. ברות ביטוח

- 8.1. **בעל הפוליסה או המבוטח**, לפי העניין, יהיה זכאי, לאחר פניה בכתב למבטחת, לממש את זכותו לברות הביטוח על פי תכנית ביטוח זו, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:
 - 8.1.1. **ביטול חברות המבוטח בשב"ן, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בשב"ן האמור או מבלי שהצטרף לשב"ן בקופת חולים אחרת.** מועד ביטול החברות בשב"ן: מועד הודעת קופת החולים על ביטול השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, המאוחר מבניהם.
 - 8.1.2. **מעבר לשב"ן בקופת חולים אחרת** – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה/ המתנה בשב"ן בקופת החולים שעבר אליה (אם קיימת).
 - 8.2. הזכאות למימוש ברות ביטוח, בהתאם לסעיף זה תהיה תקפה למשך 60 ימים ממועד ביטול החברות בשב"ן, בין אם המבוטח עבר לשב"ן בקופת חולים אחרת ובין אם לאו.
 - 8.3. **תחילת תקופת הביטוח עבור כיסוי משקל ראשון** תהיה למפרע מהמועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף
 - 8.4. **על בעל הפוליסה או המבוטח המבקש לממש את זכותו לברות הביטוח להמציא למבטחת את כל ההוכחות הדרושות לקיום אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 8.1.1 ו- 8.1.2 לעיל.**
 - 8.5. **על תכנית ביטוח זו להיות בתוקף מלא לפחות עד המועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.**

9. תקופת אכשרה

- 9.1. **תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.**
- 9.2. **על אף האמור בסעיף 9.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.**

10. חריגים מיוחדים

- יובהר כי החריגים הכללים הקבועים בסעיף 13 בפרק התנאים הכלליים, לא יחולו על כיסוי זה ובמקומם יחולו אך ורק החריגים המצוינים להלן:
- המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:**
- 10.1. **מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;**
 - 10.2. **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;**
 - 10.3. **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:**
 - 11.3.1. **ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;**

- 11.3.2 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. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 10.4 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.
- 10.5 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;
- 10.6 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 10.7 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 10.8 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 13 בפרק התנאים הכלליים.

פרק ו' שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

1.1 "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה (מדם, שתן, מח עצם, נוזל שדרה וכל רקמה ביולוגית אחרת) לרבות בדיקת פיברוסטאט, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T) בדיקות אנדוסקופיות באמצעות מצלמה וכל בדיקה אבחונית אחרת הנדרשת על - פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעת מחלתו של המבוטח, למעקב או לקביעת דרכי הטיפול בו.

1.2 "ניתוח גדול" - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.

1.3 "בדיקות ושירותים להריון" -

- 1.3.1 בדיקת חלבון עוברי.
- 1.3.2 בדיקת שקיפות עורפית.
- 1.3.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
- 1.3.4 סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
- 1.3.5 בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות צ'יפ גנטי.
- 1.3.6 מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
- 1.3.7 בדיקת אקו לב של העובר.
- 1.3.8 בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI ואחרים.
- 1.3.9 כל בדיקה אחרת בכפוף להפניית רופא מומחה.

1.4 "בדיקות לסיקור גנטי להוראים לפני הריון" - סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.

1.5 "מוסד החלמה" - מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. המבוטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח

3.

3.1. התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח: המבטח ישפה את המבוטח בגין 6 התייעצויות או אבחונים, אך לא יותר מ-3 התייעצויות לכל מקרה ביטוח, אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/עד תקרה כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות יקוזז הסכום עליו ההתייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון אחר המבוטחת והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.

3.2. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל: המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על - פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך מביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה עד הסכום הנקוב בנספח 1.

3.3. בדיקות רפואיות אבחנתיות: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.4. כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית: המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונה/הסטומיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לא הוא נדרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח על-פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך מביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.5. חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדיוגוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה כמפורט בנספח 1.

3.6. טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי ו/או ההידרותרפי עד הסכום הנקוב בנספח 1 ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורתופד מומחה.

3.7. טיפולי שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולי שיקום לאחר ניתוח ועל פי הוראת רופא, כמפורט להלן: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק כמפורט בנספח 1.

בדיקות ושירותים אונקולוגיים

3.8. טיפולים אונקולוגיים: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או הפירטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על-פי האמור בנספח 1. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

שירותי רפואה גנטיים

3.9. בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות: בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או מינון, סוג התרופה וכדומה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מהסכום הכולל הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים

3.10. טיפול ע"י מקרופאגים: המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מהסכום המפורט בנספח 1 להלן.

שירותי רפואה קרדיולוגיים

3.11. מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי: המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 לחודש ועד 24 חודשים.

3.12. התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב: המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 ועד 9 חודשים.

שירותים רפואה כלליים

3.13. שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול: המבטח ישתתף בהוצאות שהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם שהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 14 יום.

3.14. טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.15. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- amblyopia: המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 1 בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים.

3.16. אחות פרטית: המבטח ישתתף בהוצאות המבטח בגין השכרת שירותי אחות פרטית, לצורך שמירה על המבטח בעת אשפוז או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מהסכום המצוין בנספח 1 לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבטח בשיעור של 15% מההוצאה.

3.17. אביזרים רפואיים: המבטח ישתתף בהוצאות המבטח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מהנקוב בנספח 1. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטוקונוס, שתל קוכולארי, נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

3.18. חדר מלח: המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור. בכפוף להפניית רופא מומחה. עד 12 טיפולים בשנה ועד סכום ביטוח בנספח 1

3.19. שיקום הליכה ויציבה: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה נוירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום ובכפוף לאמור בנספח 1.

3.20. פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח: מבטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום כמצוין בנספח 1.

3.21. **הזרקת חומרי סיכון למפרקים:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי כמפורט בנספח 1.

3.22. **טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות המפרקים וברקמות הרכות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות במפרקים או ברקמות הרכות עד סכום מרבי כמפורט בנספח 1.

3.23. **בדיקות ראייה באשפוז:** המבטח ישפה את המבוטח בגין בדיקת ראייה שבוצעה במהלך אשפוז או בביתו של המבוטח לאחר תאונה או מחלה שבגינה המבוטח מאושפז או מרותק לביתו. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, עד סכום שיפוי מרבי כמפורט בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

התפתחות הילד

3.24. **טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.

המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל/למכון שבהסכם עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נירולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 2-16. טיפול יעשה על ידי פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.

רפואה מונעת

3.25. **בדיקת סקר תקופתית:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), אחת לשנתיים במכון הסדר של המבטח, אשר כוללת בין היתר את הבדיקות הבאות: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב – א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, הכל במפורט בנספח 1 ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית.

3.26. **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור בדיקות לרפואה מונעת במכון הסדר של המבטח כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, הכל כמפורט בנספח 1 ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית.

הריון ולידה

3.27. **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל,

ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4 כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה בהלך ההריון או לאחריו, עד לסכום המפורט בנספח 1.

3.28. הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה עד סכום הביטוח המצוין בנספח 1.

3.29. כיסוי הוצאות נלוות להריון ולידה: המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שנגרמו לו עבור השירותים המפורטים להלן ולא יותר מהסכום המצוין בנספח 1.

1. התייעצות עם יועצת הנקה – החזר עד 80% ולא יותר מהנקוב בנספח 1.
2. כיסוי לדולה פרטית ללידה. החזר עד 80% ולא יותר מהנקוב בנספח 1.
3. כיסוי לתרומת ביצית לרבות שאיבה והקפאת ביציות בכפוף למכתב מרופא מומחה. פעם אחת בתקופת הביטוח. עד לגובה המפורט בנספח 1.
4. בית החלמה לאחר לידה: המבטח ישלם למבוטח/ת תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין שימוש בשירותי בית החלמה / מלונית לאחר לידה, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.

3.30. טיפולי פרייון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל: המבטח ישפה את המבוטחת ב 80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי פרייון לרבות הפריה חוץ גופית (I.V.F.) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פרייון בישראל, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 לכל ילד, ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני ההורים מבטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה, לאחד מבני הזוג בלבד. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.

3.31. מימון לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל: המבטח ישפה את המבוטח ב 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת שירותי פונדקאות ובתנאי שהטיפול יעשה ע"י הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.

3.32. שימור דם טבורי: המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור איסוף ושימור דם טבורי, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית.

אביזרים לאחר ניתוח

3.33. המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור אביזרים הנדרשים לאחר ניתוח לצורך הגנה על האיבר המנותח: עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית: חגורת בטן, חגורת גב, מגן ברך, מגן קרסול.

4. שיפוי שב"ן:

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית, ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים בנספח 1.

5. תקופת אכשרה: 90 יום, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד
והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום

פרק ז' **כתבי שירות**

בכפוף לתשלום הפרמיה כסדרה המבוטח יהיה זכאי לקבלת השירותים על פי כתבי השירות המצוינים להלן ועל פי התנאים שנקבעו בין המבוטח לספק השירות שזהותו תקבע על ידי המבוטח.

1. מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה:

1.1 השירות: המנוי יהא זכאי לקבל שירותי מידע ושירותים נוספים כמפורט להלן:

1.1.1 שירותי מידע ברפואת ילדים - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.

1.1.2 שירותי מידע ברפואת משפחה - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.

1.1.3 שירותי מידע ברפואת נשים - מתן מידע טלפוני כללי על מחלות זיהומיות בתחום רפואת נשים, מידע כללי על בדיקות שונות במהלך ההריון, מידע על בריחת סידן מהעצם, וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.

1.1.4 שירות מידע ברפואה גריאטרית - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואה גריאטרית, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.

1.1.5 שירות פסיכולוגי - "קו חם" - סיוע פסיכולוגי טלפוני בנושאי ילדים, נשים ומשפחה, לרבות גיל ההתבגרות, התמכרויות שונות והמשך לימוד במוסדות חינוך, על ידי פסיכולוג, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.

1.1.6 שירותי מידע לדיאטה ותזונה נכונה - מתן מידע טלפוני בתחום הדיאטה והתזונה, על-ידי דיאטן קליני או תזונאי הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על –פי כל דין במדינת ישראל.

1.2 היקף שירותי המידע:

1.2.1 מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים.

1.2.2. מובהר, כי שירותי המידע אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים מול פנים, בכל מקום שהיא דרושה.

1.2.3. מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי המידע על פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעותיים לאחר תום הצום.

1.2.4. שירותי המידע יינתנו בהקדם האפשרי, ולא יאוחר מ - 30 דקות ממועד הפנייה של המנוי למוקד השירות.

1.2.5. שירותי המידע יינתנו ללא כל הגבלה של מספר הפניות של המנוי.

1.3 כללי:

1.3.1. נזקק המנוי לשירותי המידע כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון שפורסם ע"י המבטחת, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות של המנוי.

1.3.2. מוקד השירות יקשר את המנוי לנותן השירות הרלוונטי לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי המידע על פי כתב שירות זה.

1.3.3. מחויבותה של ספק השירות כלפי המנוי בטיפול הפנייה לקבלת שירותי המידע תסתיים במקרה של ביטול הפנייה לקבלת איזה מהשירותים לעילי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.

1.3.4. ספק השירות אינו אחראי לגבי כל אחד מהעניינים הבאים: איכות שירותי המידע נשוא כתב שירות זה, רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה, הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג משירותי המידע המפורטים בכתב שירות זה.

1.3.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי נותן שירותי המידע, שייתן בפועל את שירותי המידע, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי המידע, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ספק השירות ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני שירותי המידע והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

2. כתב שירות לביטוח בריאות - "לצדך בעת צרה"

מבוא

המנוי יהיה זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למנוחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:

- 1.1 **המועד הקובע** – מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כמפורט בפוליסה.
 - 1.2 **הפוליסה** – הפוליסה שאליה מצורף כתב שירות זה.
 - 1.3 **מנוי** – מבטח בפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה.
 - 1.4 **השירות או השירותים** – השירותים הניתנים בהתאם למפורט בכתב שירות זה הוראותיו, חריגיו וסייגיו, כולם או מקצתם ועל פי הקשר הדברים.
 - 1.5 **מוקד השירות או המוקד** – שירות טלפוני הפעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שני ימים לאחר סיום הצום, שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה ושמספר הטלפון שלו הנו: **073-2291301**. מספר הטלפון של מוקד השירות ניתן לשינוי ולאו עדכון בכל עת בכפוף למתן הודעה על כך למנויים.
 - 1.6 **נותן שירות שבהסכם/הסדר** – רופא, מרפאה וכל גוף אחר המספק שירות מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה, שהספק קשור עמם בהסכם תקף במועד הפניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.
 - 1.7 **החברה** – הדרך ה 15 בע"מ
 - 1.8 **ספק השירות או הספק** – כל ספק, כפי שתקבע החברה לצורך מתן השירותים על פי כתב שירות זה.
 - 1.9 **רואה חשבון** – אדם אשר הוסמך/ה כרואה חשבון על ידי השלטונות המוסמכים בישראל ולשכת רואי החשבון.
 - 1.10 **רואה חשבון שבהסכם/הסדר** – רואה חשבון, שהספק קשור עמו **בהסכם** תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.
 - 1.11 **יועץ מס** – אדם אשר הוסמך/ה כיועץ מס על ידי השלטונות המוסמכים בישראל.
 - 1.12 **יועץ מס שבהסכם/הסדר** – יועץ מס **שהספק קשור עמו** **בהסכם** תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.
 - 1.13 **רופא** – מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, **למעט רופא וטרינר ורופא שיניים**.
 - 1.14 **רופא שבהסכם/הסדר** – רופא מומחה שהספק קשור עמו **בהסכם** תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.
 - 1.15 **רופא מומחה** – רופא שהוסמך לעסוק בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, ושתחום מומחיותו רלוונטי למתן שירותים על פי כתב שירות זה.
 - 1.16 **רופא מומחה שבהסכם/הסדר** – רופא מומחה שהספק קשור עמו **בהסכם** תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.
- כל האמור בכתב שירות זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת. כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הזכאות לשירות:

במקרים בהם קיים אבחון על ידי רופא או חשד רפואי (חוות דעת) מתועד על ידי רופא, של מחלה ולא בעיה רפואית הדורשים טיפול באמצעות פרוצדורה רפואית כגון ניתוח, טיפול כימותרפי, הקרנות וכדומה (להלן: "**מצב רפואי**"), המנוי יהא זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במשך כל תקופת הביטוח אליו מצורף כתב שירות זה.

3. השירותים:

- 3.1 השירותים הכלולים בכתב שירות זה הנם על ידי נותן שירות שבהסדר בלבד או שהספק קשור עמו בהסכם כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:
 - 3.1.1 מוקד ייעוץ רפואי טלפוני.
 - 3.1.2 מתן מידע לגבי רופאים בישראל המומחים לגבי מצב הרפואי של המנוי. יינתנו לפחות שלושה רופאים על פי וותק וניסיון בתחום הנדרש.
 - 3.1.3 מתן מידע לגבי בית חולים לביצוע ניתוח ואפשרויות קבלת טיפול רפואי בחו"ל.
 - 3.1.4 מתן מידע לגבי הזכויות המגיעות למנוי מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ועל פי תכנית השב"ן (תכנית המנוהלת על ידי קופות החולים לשירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים כהגדרתו בחוק הבריאות) שברשות המנוי ומכוח ביטוחי בריאות פרטיים שברשות המנוי.
 - 3.1.5 התייעצות עם רופא למימוש הזכויות עקב מצב רפואי מול הביטוח הלאומי, כמפורט בסעיף 4.5 להלן.
 - 3.1.6 הכוונה רפואית להגשת דרישה לקבלת החזרי מס על רקע רפואי.
- 3.2 קבלת השירותים על פי כתב מנוי זה מותנית בכך שהפוליסה של המנוי תהיה בתוקף כמפורט בסעיף 9.3.1 להלן.

4. היקף השירותים:

- 4.1 **מוקד ייעוץ רפואי טלפוני:**
 - 4.1.1 המנוי זכאי לייעוץ רפואי טלפוני של רופא מטעם הספק באמצעות מוקד השירות לעניין מצב רפואי כהגדרתו לעיל.
 - 4.1.2 שירות הייעוץ הטלפוני יינתן בימים א' ועד ה' בין השעות 08:00 ועד 17:00. שיחת הייעוץ עם הרופא תתקיים בהקדם האפשרי, ולא יאוחר משני ימי עבודה ממועד הפנייה של המנוי למוקד השירות.
 - 4.1.3 מובהר כי הייעוץ הנו טלפוני בלבד, אינו כולל פגישה פנים אל פנים עם הרופא, וינתן בהתאם לשיקול דעתו ולהחלטתו של הרופא כי ניתן לייעץ בעניין המבוקש במסגרת שיחה טלפונית בלבד, ללא כל בדיקה של המנוי ופגישה עמו פנים אל פנים.
 - 4.1.4 השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.
- 4.2 **מתן מידע לגבי רופאים המומחים במצב הרפואי של המנוי:**
 - 4.2.1 מתן מידע לגבי רופאים בישראל המנוסים ומיומנים לטיפול/לאבחן את המצב הרפואי של המנוי.
 - 4.2.2 מנוי אשר מעוניין בשירות, יפנה למוקד וימסור את פרטי המצב הרפואי ויקבל מהספק בכתב או בטלפון תוך שני ימי עבודה רשימה של לפחות שלושה רופאים מומחים.

- 4.2.3. מובהר, כי בחירת הרופא המומחה תעשה בלעדית על ידי המנוי ועל אחריותו בלבד.
- 4.2.4. השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.

4.3. מתן מידע לגבי בית חולים ואפשרויות קבלת טיפול רפואי לגבי המצב הרפואי:

- 4.3.1. מתן מידע לגבי בית חולים לקבלת טיפול רפואי למצב הרפואי של המנוי.
- 4.3.2. מנוי המעוניין בשירות, יפנה למוקד ימסור את פרטי המצב הרפואי שלו וכן חומר רפואי נלווה כפי שיתבקש על ידי הספק ויקבל תוך 7 ימי עבודה רשימה של מספר בתי חולים אשר להם הידע והניסיון והיכולת לטפל במצבו הרפואי של המנוי.
- 4.3.3. מובהר, כי בחירת בית החולים תעשה בלעדית על ידי המנוי ועל אחריותו בלבד.
- 4.3.4. השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.

4.4. מתן מידע לגבי הזכויות המגיעות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי ו/או על פי תכנית השב"ן ו/או ביטוח פרטי שבבעלות המנוי

- 4.4.1. המנוי יהיה זכאי לקבלת מידע לעניין הזכויות המגיעות לו עקב המצב הרפואי בו הוא שרוי מקופות החולים בה הוא חבר מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מהשב"ן הרלוונטי לקופת החולים בה הוא חבר ו/או מביטוחים בריאות פרטי שברשותו.
- 4.4.2. מנוי אשר מעוניין בשירות, יפנה למוקד וימסור את פרטי מצבו הרפואי ואת השאלות לגביהם הוא מבקש לקבל תשובה ויקבל תוך 7 ימי עבודה פירוט לגבי הזכויות המגיעות לו מהשב"ן שברשותו ו/או לגבי הזכויות המגיעות לו מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי בהקשר למצבו הרפואי.
- 4.4.3. השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.

4.5. התייעצות עם רופא למימוש זכויות רפואיות עקב מצב רפואי מהמוסד לביטוח לאומי או קרן פנסיה.

- 4.5.1. המנוי זכאי לעד שתי פגישות עם רופא שבהסדר לצורך קבלת ייעוץ והכוונה בדבר מימוש זכויות הרפואיות המגיעות לו מהביטוח הלאומי ו/או מקרן הפנסיה שברשותו וזאת על רקע מצבו הרפואי כפי שהציג אותו בפני רופא שבהסדר.
- 4.5.2. השירות אינו כולל הכנת מסמכים, ביצוע פעולות משפטיות או אחרות בשמו של המנוי בפני גורמים כלשהם ולא התייצבות עמו או בלעדיו אצל רשויות כלשהן הקשורות במימוש הזכויות.
- 4.5.3. השירות אינו כולל הבטחה בדבר הצלחה, באופן כלשהו, של תוצאות ההמלצה בפניית המנוי עמה למוסד לביטוח לאומי ו/או בפעולות שינקוט המנוי בעקבות ההמלצה מול המוסד לביטוח לאומי.
- 4.5.4. השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.

4.6. הכוונה רפואית להגשת דרישה לקבלת החזרי מס על רקע רפואי

- 4.6.1. המנוי זכאי לפגישה אחת שאורכה שעה וחצי עם רואה חשבון שבהסדר או יועץ מס שבהסדר, לצורך בדיקת היתכנות, לשם קבלת החזרי מס המגיעים לו עקב מצבו הרפואי.

- 4.6.2. מוקד השירות יעביר למנוי את רשימת המסמכים שעליו להכין לפגישת הייעוץ.
- 4.6.3. השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.
- 4.6.4. השירות אינו כולל הבטחה בדבר הצלחה, באופן כלשהו, של תוצאות ההמלצה בפניית המנוי עמה לרשויות המס ו/או בפעולות שינקוט המנוי בעקבות ההמלצה מול רשויות המס, אלא בדיקת התכנות בלבד והמלצות לפעולה.

5. אופן קבלת השירותים:

- 5.1. מנוי הזכאי לקבל שירות על פי כתב שירות זה יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו ויצוין את מספר תעודת הזהות שלו, את כתובתו, את מספר הטלפון שבו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.
- 5.2. לשם מתן השירות, ימסור המנוי למוקד השירות ולאזן לנותן השירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שידרשו ממנו מוקד השירות ולאזן נותן השירות, לפי העניין.
- 5.3. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות שממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם, שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות. רשימת נותני השירותים שבהסכם תשתנה מעת לעת, תוך שמירה על פריסה גיאוגרפית דומה לזו שהייתה ערב העדכון.
- 5.4. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 5.5. עם סיום קבלת השירות, יחתום המנוי על ספח ביקורת שיקבל מאת נותן השירות המאשר את קבלת השירות.
- 5.6. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד, או בשטחים המוחזקים הנמצאים בשליטת ישראל.
- 5.7. במקרה של סדרת טיפולים, המנוי עצמו יתאם את מועדי יתר הטיפולים (מלבד הטיפול הראשון) ישירות עם נותן השירות שבהסכם, אלא אם צוין אחרת בכתב שירות זה.
- 5.8. השירותים על פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 5.9. אם יבקש מנוי לבטל את פנייתו לקבלת שירות על פי כתב שירות זה, עליו להודיע על כך למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות בטרם מועד הטיפול. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם. מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול כאמור, ייחשב כאילו מימש את אותו שירות לכל דבר ועניין כולל לעניין הזכאות למספר מסוים של שירותים.

6. קבלת השירותים בעת שירות צבאי:

יובהר כי השימוש, בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע) בכתב שירות זה, כפוף להוראות הצבא הנחיותיו, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את המנוי או למנוע ממנו, בעת שירותו הצבאי, קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשפיע על מימוש הזכויות המגיעות למנוי בהתאם לתנאי כתב שירות זה. המידע בדבר הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המנוי נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

7. חריגים:

הסייגים והחריגים המצויים בפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה יחולו גם על השירותים הניתנים במסגרת כתב השירות.

8. דמי מנוי:

9. תוקפו של כתב שירות זה:

- 9.1. כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע.
- 9.2. תוקפו של כתב שירות זה יהיה למשך שנה, והוא יתחדש מאליו לתקופות נוספות של שנה אחת כל אחת, אלא אם החברה תודיע לכלל המנויים אחרת.
- 9.3. תוקפו של כתב שירות זה יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 9.3.1. במועד ביטול הפוליסה, כהגדרתה בסעיף 1 לעיל, מכל סיבה שהיא.
 - 9.3.2. בתום תקופת כתב שירות זה על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
 - 9.3.3. בכל מקרה שבו זכאית החברה לסיים את כתב השירות בהתאם להוראות כל דין לרבות בגין אי – תשלום דמי מנוי במלואם.
- 9.4. להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא בהתאם למפורט לעיל, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה. יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, זכאי המנוי להמשיך לקבל את השירותים שלגביו בוצעה הפנייה עד תום ובכפוף לאישור הספק מראש.
- 9.5. המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה בכתב לחברה.
- 9.6. בוטל כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי פרמיה בגין כתב שירות זה.

10. תנאי הצמדה:

- 10.1. כל הסכומים הנקובים בכתב השירות, לרבות דמי המנוי וסכומי ההשתתפות העצמית, יהיו צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס, יגדל התשלום החודשי בשיעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס.
- 10.2. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן, כולל פירות וירקות, המתפרסם מדי פעם בפעם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם על ידי כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ואם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור, ואותו גוף או מוסד לא יקבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, ייקבע היחס האמור על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 10.3. "מדד הבסיס" - יהיה המדד כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 10.4. "המדד החדש" - יהיה המדד הידוע בראשון לחודש בו מבוצע התשלום.

11. שונות:

- 11.1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב זה הנה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 11.2. כל התשלומים הנקובים בכתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. אם יחול שינוי בשיעור המע"מ, יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
- 11.3. אם רשומים בפוליסה כמה מנויים הזכאים לכתב שירות זה, הרי שהודעות שנשלחו למנוי הראשי כהגדרתו בחברה, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב לחברה, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל בני המשפחה.

- 11.4. המנוי מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתו, ולא תישמע טענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה לידי המנוי, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
- 11.5. כל הודעה ולא הצהרה לחברה ולא למי מטעמה תימסר בכתב.

12. מקום השיפוט:

בכל מחלוקת שתתגלה בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל.

3. שירות ביקור רופא לילי:

1. השירות

- 1.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם (להלן - "שירות ביקור רופא לילי"). שירות ביקור רופא לילי יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, או שהמנוי הנזקק לשירות יופנה לקבלת שירות ביקור רופא לילי באחד ממוקדי שירות ביקור רופא לילי המופעלים על ידי ספק השירות, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "המוקד הרפואי"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המנוי (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן).
- 1.2. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן: מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי, בדיקה גופנית של המנוי לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ-דם, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קביעת אבחנה רפואית, בדיקת א.ק.ג. באמצעות קרדיו-ביפר על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/רופא ילדים, המטפל במנוי באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, הפניית המנוי לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, מתן תעודת רפואית.
- 1.3. פינוי חינוך באמבולנס - במקרה שרופא ההסכם שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינוי באמבולנס, ישלם ספק השירות למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל במקור בלבד, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מוטב.

2. כללי

- 2.1. שירות ביקור רופא לילי על פי כתב שירות זה יינתן כל ימות השנה מהשעה 20:00 עד 07:00 למחרת. בימי ו' וערבי חג שירות ביקור רופא לילי יינתן ברציפות מהשעה 20:00 ביום ו' וערב החג ועד השעה 07:00 ביום א'/היום שלמחרת החג. כל קריאה לקבלת השירות צריכה להיות מופנית למוקד השירות לא לפני השעה 20:00 ולא יאוחר מהשעה 06:00.
- 2.2. המוקדים הרפואיים יופעלו בין השעות 20:00 עד 24:00 ובשבתות וחגים גם בין השעות 10:00 עד 14:00.
- 2.3. שירות ביקור רופא לילי לא יינתן בערב יום כיפור וביום כיפור עד שתיים לאחר תום הצום.
- 2.4. נזק המנוי לשירות רפואי לילי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, שם המנוי ומס' הטלפון של בית המגורים של המנוי (המהווה את מספר המנוי של המשפחה המנויה אצל ספק השירות).

- 2.5. שירות ביקור רופא לילי יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.
- 2.6. שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום ישוב בשטחי מדינת ישראל או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת מדינת ישראל. במקרה שספק השירות לא יוכל לספק שירות זה באזור שקיבל פנייה לגביו, יקבל המנוי, לאחר פנייתו למוקד השירות וקבלת אישור בהתאם, אחד מאלה: אם יפנה לקבלת שירות רפואי אצל גורם רפואי אחר, החרז –עד לסך של 250 ש"ח לפנייה בניכוי דמי השתתפות עצמית כנקוב בכתב השירות. זאת לאחר הצגת קבלה מקורית או בהעדר קבלה מקורית, כנגד העתק בצירוף הסבר למי נשלחה הקבלה המקורית ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם המנוי בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. לחילופין, המנוי יהיה רשאי לקבל ייעוץ רפואי טלפוני, על ידי רופא מטעם ספק השירות.
- 2.7. עם תום הביקור יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה או נתן את שירות ביקור רופא לילי במוקד הרפואי.
- 2.8. בחר המנוי לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבון.
- 2.9. שירות ביקור רופא לילי, יינתן כנגד תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של 25 (כולל מע"מ) ש"ח בגין כל מנוי שניתן לו שירות ביקור רופא לילי במסגרת אותו ביקור (בין אם ביקור בית או ביקור במוקד הרפואי). המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את שירות ביקור רופא לילי את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- 2.10. כמו כן המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור ניתנו לו ע"י רופא ההסכם.

4. שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי:

1. השרות

- 1.1. המנוי יהיה זכאי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי (להלן: "שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי"), אשר במסגרתם יהיה זכאי לפגישות פנים מול פנים עם מטפל (להלן - "פגישות ייעוץ אישיות").
- 1.2. מובהר בזאת כי שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי הינם טיפולים הנעשים בקליניקות פרטיות בלבד, ללא צורך באשפוז או טיפול במעון יום או כל התערבות מוסדית אחרת.
- 1.3. הטיפול ניתן עקב התופעות או האירועים הבאים: אנורקסיה או בולימיה, התמכרות לסמים, פטירה של בן משפחה מדרגה ראשונה, מחלה או מצב רפואי קשה, מקרה סיעודי של קרוב משפחה, א.כ.ע, נכות, תקיפה מינית, גירושין אלימות במשפחה, אירוע תאונתי ו/או טראומתי, תופעות חרדה או דיכאון קליני.

2. כללי

- 2.1. נזקק המנוי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות שלו.
- 2.2. מוקד השרות יפנה את המנוי למטפל לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שרות זה.
- 2.3. פגישות הייעוץ האישיות תערכנה עם אחד המטפלים אשר ספק השירות התקשרה עימו בהסכם. מובהר, כי המטפל שנתן את הייעוץ הראשוני למנוי, לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ האישיות עם המנוי, ואולם הוא יהיה זה שימסור למנוי, את שם המטפל

- שיבצע את פגישות הייעוץ (להלן - "המטפל") ואת מספר הטלפון שלו, בין במסגרת שיחת הייעוץ הטלפונית ובין במועד מאוחר יותר.
- 2.4 על המנוי, לפנות טלפונית בעצמו, אל המטפל בפועל על מנת לתאם עמו מועד לפגישת הייעוץ האישית הראשונה והפגישות שתבואנה אחריה.
- 2.5 פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במועד שיתואם ישירות בין המנוי לבין המטפל בפועל כאמור לעיל. פגישת הייעוץ האישית הראשונה תיערך בתוך שבוע ימים ממועד הפנייה של המנוי אל המטפל. במקרים דחופים, על פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך שני ימי עבודה ממועד הפנייה של המנוי למטפל בפועל, אלא אם המנוי יבקש שתיערך במועד מאוחר יותר. פגישות הייעוץ האישיות יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל.
- 2.6 פגישות הייעוץ האישיות, יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה במועד פגישת הייעוץ הראשונה.
- 2.7 פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במשרדו של המטפל, כאשר המנוי הנזקק לשרות יסטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל המטפל. מובהר בזאת כי השרות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המנוי.
- 2.8 עם תום פגישת הייעוץ יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי המטפל בפועל קיים את פגישת הייעוץ האישית.
- 2.9 המנוי יודיע למוקד השרות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.
- 2.10 במקרה שהמנוי יבקש לבטל פגישת ייעוץ כלשהי, יודיע על כך ישירות למטפל בפועל לפחות יום עבודה אחד מראש. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה שהמנוי לא יודיע על ביטול פגישת הייעוץ לפחות יום עבודה אחד מראש, יחויב המנוי בדמי טיפול עבור אותה פגישת ייעוץ.
- 2.11 ייעוץ וסיוע פסיכולוגי יינתן כנגד תשלום השתתפות עצמית בסך של 80 ש"ח לפגישה הראשונה ובתשלום וסך של 100 ש"ח לכל אחת מ- 11 הפגישות הנוספות. המנוי ישלם ישירות למטפל, את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל. התשלום כולל מע"מ.

3. הגבלות וחריגים

- 3.1 המנוי יהיה זכאי לכל היותר ל – 12 פגישות ייעוץ לכל שנת ביטוח.
- 3.2 למטפלים, לפי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק לטיפול אחר שלא לטפל בפנייה של המנוי ולהפנותו לשרות חירום ציבוריים.
- 3.3 השרות על פי כתב שרות זה לא ינתן במקרה שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.
- 3.4 שרותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שרות זה לא ינתנו במקרים שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל הינם מקרים של אוטיזם, פיגור שכלי, מצבים פסיכוסטיים כרוניים, הפרעות נוירולוגיות של התפתחות, שימוש והתמכרות לסמים ועבריינות.
- 3.5 למנוי הזכות לבקש להחליף את המטפל, ובמקרה זה ספק השירות תעשה כמיטב יכולתה על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עימו התקשרה בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול דעתו המקצועי של המטפל המקורי בפועל.
- 3.6 למטפל שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי להפנות את המבוטח למטפל אחר במערך של ספק השירות.
- 3.7 השרות לא ינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, קיים רקע אורגני לסבלו של המנוי או חשד לרקע אורגני, המצריך על פי הוראות כל דין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל בפועל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.
- 3.8 השרות על פי כתב שרות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

5. שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

1. השירות

- 1.1 המנוי יאה זכאי לקבל, לפי שיקול דעתו הבלעדי, שירותי חירום ועזרה ראשונה ברפואת שיניים כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד, וזאת באמצעות מרפאות שיניים ברחבי הארץ (את רשימת מרפאות השיניים באזור מגורי המנוי ניתן לקבל במוקד השירות) (להלן - "שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים"):
 - 1.1.1 עששת נרחבת - סתימה זמנית.
 - 1.1.2 חלל פתוח בשן - סתימה זמנית.
 - 1.1.3 צוואר שן חשוף - חומר למניעת רגישות.
 - 1.1.4 דלקת חריפה - עקירת עצב או חומר חניטה.
 - 1.1.5 מורסה ממקור שן - ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר.
 - 1.1.6 דחיסת מזון - טיפול בחניכיים.
 - 1.1.7 דלקת סב כותרתית - שטיפה ו/או טיפול תרופתי.
 - 1.1.8 דלקת חניכיים - הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי.
 - 1.1.9 כאבים לאחר עקירה - שיכוך כאבים.
 - 1.1.10 מכתשית יבשה - ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי.
 - 1.1.11 דימום לאחר עקירה או פרוצדורה כירורגית - עצירת דימום.
 - 1.1.12 פצעי לחץ תחת תותבת קיימת - שחרור פצעי לחץ.
 - 1.1.13 נפילת כתרים - הדבקה זמנית.
 - 1.1.14 כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים, להקלה או להפסקת הכאב.
 - 1.1.15 בדיקה וצילום השיניים הכואבות.
 - 1.1.16 מתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב כאשר ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.

2. כללי

- 2.1 כל טיפול החורג מגדר שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים יינתן בתשלום, לפי בקשת המנוי.
- 2.2 שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום, בכפוף לאמור להלן: בין השעות 20:00 עד 08:00 בבוקר למחרת - שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק במרפאות תורניות הנמצאות בירושלים, תל-אביב, חיפה ובאר שבע. נזקק המנוי לשירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, יפנה המנוי טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצויין לעיל, וימסור את הפרטים המצויינים בסעיף 4.2.2 לעיל. מוקד השירות יפנה את המנוי למרפאת השיניים התורנית הקרובה. מובהר, כי שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק לפי הפניה של מוקד השירות כאמור לעיל.
- 2.3 שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו כנגד הצגת תעודת זהות.

6. רפואה משלימה

1. השירות:

- מבטוח אשר לפי קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה מהרופא המטפל בו, או לפי העניין הפניה ליעוץ דיאטטי.
- 1.1.1 המנוי יאה זכאי לקבל שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד (להלן - "השירותים"):
 - 1.1.1.1 אקופונקטורה - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
 - 1.1.1.2 רפלקסולוגיה - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.

- 1.1.1.3. שיאצו - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת אנרגיה בגוף.
- 1.1.1.4. אוסטיאופתיה - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 1.1.1.5. כירופרקטיקה - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 1.1.1.6. הומאופתיה - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 1.1.1.7. פלדנקרייז - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 1.1.1.8. ביו-פידיבק - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 1.1.1.9. נטרופתיה - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 1.1.1.10. ייעוץ דיאטטי - התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.
- 1.1.1.11. רפואה סינית
- 1.1.1.12. טווינה
- 1.1.1.13. שיטת אלכסנדר
- 1.1.1.14. בעיות השמנה ייתר או הרזיה – רק בכפוף להמלצה בכתב על ידי הרופא המטפל הקובעת כי השירות הינו צורך רפואי.

הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

2. היקף השירות:

- 2.1. במסגרת כתב שירות זה יהיה המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, במידה והמליץ, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי, הזכאי לקבל את השירותים בהתאם לכתב שירות זה.
- 2.2. בכל מקרה, סידרת הטיפולים לה יהיה זכאי המנוי כאמור בסעיף 3.1 לעיל תכלול עד 16 (ששה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישת הייעוץ נכללת במניין 16 הטיפולים), בין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.
- 2.3. בכל מקרה, מספר הטיפולים הכולל לכל המבוטחים במשפחה בפוליסה בשנת ביטוח אחת במסגרת כתב שירות זה לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישות הייעוץ נכללות במניין 20 הטיפולים).
- 2.4. השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).
- 2.5. השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.

3. כללי

- 3.1. נזקק המנוי לשירות כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' תעודת הזהות שלו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח. מובהר, כי המצאת מכתב הפניה של הרופא המטפל כאמור בסעיף 2.1 לעיל מהווה תנאי מוקדם להפניית המנוי על ידי מוקד השירות לנותן השירות הרלוונטי.
- 3.2. המנוי יהיה זכאי לבחור את מרפאת ההסדר בה יקבל את השירות מתוך רשימת מרפאות ההסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו.
- 3.3. השירות על פי כתב שירות זה יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר ולפי לוח העבודה של מרפאות ההסדר. פגישת הייעוץ הראשונה תתואם על ידי מוקד השירות.

- המועד המדויק של יתרת סידרת הטיפולים יתואם ישירות בין המנוי לבין מרפאת ההסדר בה נערכה פגישת הייעוץ.
- 3.4. השירות יינתן כנגד הצגת תעודת זהות לנותן השירות.
- 3.5. השירות יינתן במרפאת הסדר על פי הפנית מוקד השירות כאמור לעיל, כאשר על המנוי יהיה להגיע למרפאת ההסדר בעצמו ועל חשבונו.
- 3.6. עם תום מתן השירות יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי נותן השירות נתן את השירות.
- 3.7. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול הפנייה למרפאת ההסדר.
- 3.8. הספק רשאי לאשר את בקשת המנוי לקבל את השירות במרפאה שאינה נכללת במרפאות ההסדר, ואולם מובהר כי האחריות לתיאום ולביצוע הטיפולים יהיו על המנוי בלבד.
- 3.9. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות בפועל את מלוא הסכום שיקבע ביניהם.
- 3.10. המנוי יאזכר לקבל מהספק החזר חלקי בהתאם ובכפוף לאמור בסעיף 4 להלן.
- 3.11. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד.

4. השתתפות עצמית

- 4.1. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שבצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסכום השווה ל - 20% (עשרים אחוזים) ממחיר השירות שניתן לו על פי מחירון מרפאת ההסדר ללקוחות פרטיים כפי שיהיה בתוקף במועד מתן השירות.
- 4.2. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, תהא הספק זכאית להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.
- 4.3. בגין קבלת שרות שלא במסגרת מרפאת הסדר כאמור בסעיף 4.12, ישלם המנוי ישירות למרפאה שנתנה בפועל את השירות את מלוא הסכום שיידרש על ידה, והספק יחזיר לו כנגד המצאת הקבלה המקורית סכום השווה ל - 50% (חמישים אחוזים) מהתשלום הנ"ל, אך לא יותר מ - 150 ש"ח (מאה וחמישים ש"ח).
- 4.4. הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס.

5. תקופת תוקפו של כתב השירות

תוקפו של כתב שירות זה כל עוד פוליסה זו בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטחיה או במקרה בו הוסכם ע"י החברה ובעל הפוליסה על ביטול כתב השירות במהלך תקופת הביטוח או בסימומה. אולם, מבטח אשר החל בקבלת טיפולים מנותן השירות ימצא את זכותו עד לסיום אותה סדרת טיפולים לאותה שנת ביטוח בלבד.

6. כללי

- 6.1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 6.2. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני או לנותן איזה משירותי המידע.

7. "לחיות בריא" – שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים:

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

- 1.1. **ספק השירות** – חברת פמי פרימיום בע"מ או מי שיקבע על ידי חברת הביטוח.
- 1.2. **המבטחת או חברת הביטוח** – כפי שניקבע בהסכם.
- 1.3. **פוליסת הביטוח** – פוליסת ביטוח בריאות של המבטחת, הכוללת כתב שירות לשירותי רפואה מונעת ואיכות חיים.
- 1.4. **המנוי או המשפחה המנויה** – מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.5. **נותני השירות** – נותני השירות באחד התחומים המפורטים להלן, אשר ספק השירות התקשר עימם בהסדר למתן השירותים נשואי כתב שירות זה.
- 1.6. **רופא** – רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רישיון לעסוק ברפואה.
- 1.7. **מטפל** – מטפל, הרשאי על פי דין ליתן את השרות הרלוונטי למבטוח, ואשר ספק השירות התקשר עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
- 1.8. **דיאטן** – דיאטן קליני בעל הסמכה רשמית, אשר ספק השירות התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.9. **תזונאי** – תזונאי בעל הסמכה רשמית, אשר ספק השירות התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.10. **קלינאי תקשורת** – קלינאי תקשורת בעל המסכה רשמית, אשר ספק השירות התקשר עימו למתן השירות למנוייה.
- 1.11. **מאמן כושר גופני** – מאמן בעל הסמכה רשמית ממכון וינגייט או סמינר הקיבוצים, אשר ספק השירות התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.12. **מוקד השירות** – מספר טלפון שיפורסם ע"י ספק השירות.
- 1.13. **המדד** – מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.14. **מדד הבסיס** – כאמור בהסכם.
- 1.15. **חג** – מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים

המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט להלן:

2.1 יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה

- 2.1.1. השירות כולל מתן ייעוץ דיאטטי ותזונה נכונה, תוך התאמת תפריט ותוכנית דיאטטית אישית.
- 2.1.2. השירות ניתן ע"י דיאטן קליני או תזונאי, עפ"י בחירת המבטוח.
- 2.1.3. השירות כולל ייעוץ טלפוני ראשוני ע"י מבצע הטיפול, וסדרה בת 10 פגישות טיפוליות נוספות, לכל שנת ביטוח, משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.1.4. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.2 הרזיה רפואית

- 2.2.1. השירות כולל מתן יעוץ רפואי להרזיה ושמירה על משקל הגוף לאורך זמן. במסגרת השירות יקבל המניע ערכת טיפול אישית המכילה רשימת תוספי מזון, תפריט אישי ויעוץ לפעילויות משלימות (כגון: ספורט).
- 2.2.2. השירות ניתן ע"י רופא מוסמך.
- 2.2.3. השירות כולל סדרה בת 12 פגישות טיפוליות, לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.2.4. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.3. ליקויי למידה

- 2.3.1. השירות כולל מתן יעוץ ותמיכה ע"י קלינאי תקשורת, לאבחון וטיפול בבעיות ליקויי למידה בילדה עד גיל 14. השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים בליקויי למידה בהוראה מתקנת ו/או בשיטת אלבאום.
- 2.3.2. השירות כולל סדרת מפגשים כמפורט להלן:
- א. עד 2 פגישות למטרת אבחון שאורך כל פגישה 90 דקות.
- ב. עד 10 פגישות למטרות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- ג. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.4. גמילה מעישון

- 2.4.1. השירות כולל מתן טיפול לגמילה מעישון בשיטת הדיקור הסיני ובשילוב צמחי מרפא על פי הצורך.
- 2.4.2. השירות ניתן ע"י מטפל מוסמך.
- 2.4.3. השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.4.4. השירות יינתן בקליניקה של המטפל.

2.5. הפגת מתחים

- 2.5.1. השירות כולל מתן טיפול להפגת מתחים, באחד מן התחומים הבאים: שיאצו, רלפקסולוגיה, עיסוי רקמות, טווינא, שיטת אלכסנדר, יוגה, פלדנקרייז.
- 2.5.2. השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.
- 2.5.3. השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-50 דקות.
- 2.5.4. השירות יינתן בבית המבוטח.

2.6. מאמן אישי – טיפוח כושר גופני

- 2.6.1. השירות כולל מתן שיעורי אימון כושר גופני ע"י מאמן אישי מוסמך תוך בית תכנית אימונים אישית המותאמת למנוי, כולל חיטוב הגוף, חיזוק שרירים ושיפור סיבולת לב-ריאה.
- 2.6.2. השירות ניתן ע"י מאמן כושר מוסמך.
- 2.6.3. השירות כולל סדרה בת 10 אימונים עם מאמן כושר מוסמך לכל שנת ביטוח. משך כל אימון 60 דקות.
- 2.6.4. השירות יינתן בבית המבוטח.

2.7. רשת מכוני כושר

- 2.7.1. השירות כולל זכאות למנוי שנתי מוזל במכון כושר אשר התקשר בהסכם לעניין זה עם ספק השירות.
- 2.7.2. רשימת מכוני הכושר המלאה והמעודכנת נמצאת במוקד השירות. הרשימה תתעדכן מעת לעת.

תנאי הכרחי לקבלת השירות – פניה מראש לספק השירות.

3. כללי

- 3.1. נזקק המנוי לשירות באחד מן התחומים כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות **טרם קבלת השירות** לפי מספר הטלפון המצוין שפורסם, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומספר תעודת הזהות שלו.
- 3.2. מוקד השירות יפנה את המנוי לנותן השירות לאחר שיוודא כי הפונה מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את השירות על פי כתב שירות זה.
- 3.3. תיאום מתן השירות יעשה בתוך 48 שעות מקבלת הפנייה (לא כולל סופי שבוע וחגים).
- 3.4. עם תום פגישת היעוץ או הטיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר כי נותן השירות ביצע את פגישת היעוץ או הטיפול.
- 3.5. השירות אינו כתב שירות זה, לא ניתן במקרים שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של נותן השירות, הינם מקרים שיכולים לסכן את בריאותו של המנוי. לנותני השירות, על פי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק המנוי לטיפול אחר, שלא לטפל בו.
- 3.6. השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.
- 3.7. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול פנייתו לנותן השירות.
- 3.8. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל מובהר, כי נותן השירות, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי, להוריו, או לכל אדם אחר, תוך כדי ו/או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ואם בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ספק השירות ו/או המבטחת אינן ולא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.
- 3.9. מחויבותו של ספק השירות כלפי המנוי בטיפול בפניה של מנוי לקבלת השירות תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
- 3.9.1. הפנית המנוי לנותן השירות.
- 3.9.2. ביטול הפנייה לקבלת השירות על ידי הודעת המנוי למוקד השירות.
- 3.10. אחריות בגין איכות השירות ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן השירות הרלבנטי בלבד, וספק השירות לא יהא אחראי בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 3.10.1. איכות הטיפולים נשואי כתב שירות זה.
- 3.10.2. רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים נשואי כתב שירות זה.
- 3.10.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.

- 3.11. על אף האמור בכתב שירות זה, ספק השירות לא יהא מחויב על פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות ספק השירות למנעו.
- 3.12. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 3.13. השירותים המפורטים בהם יינתנו למנויים ביישובים יהודה, שומרון, חבל עזה, וישוב בקעת הירדן והעברה, בכתובות שתימסרנה על ידי מוקד השירות, ואליהן יגיעו בעצמם ועל חשבונם.

4. השתתפות עצמית

- 4.1. המנוי ישלם דמי השתתפות עצמית ישירות לנותן השירות כמפורט להלן:

סוג המפגש / סוג השירות	מפגש ראשון	כל פגישה נוספת (עד לתקרת המפגשים)	כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים
ייעוץ דיאטטי ותזונה נכונה	95 ש"ח	75 ש"ח	אין
הרזייה רפואית	75 ש"ח	150 ש"ח	אין
ליקוי למידה: א. מפגשי אבחון	הנחה בת 25% ממחיר המחירון של נותן השירות שבהסדר.		
ב. מפגשי טיפול	150 ש"ח	150 ש"ח	אין
גמילה מעישון	135 ש"ח	95 ש"ח	אין
הפגת מתחים	100 ש"ח	100 ש"ח	150 ש"ח
מאמן אישי – טיפול כושר גופני	100 ש"ח	100 ש"ח	125 ש"ח
רשת מכוני כושר	הנחה בת 25% ממחיר המחירון של מכון הכושר.		

- 4.2. הסכומים האמורים כוללים מע"מ. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ ישתנו סכומים אלה בהתאם.
- 4.3. הסכומים הנ"ל צמודים למדד הבסיס ואולם הם יעודכנו אחת ל-12 חודשים בלבד.
- 4.4. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

5. בחירת נותני השירות

- 5.1. המנוי יהיה זכאי לבחור את נותן השירות מתוך רשימת נותני השירות שבהסדר, בהתאם לתחום השירות המבוקש.

5.2. למנוי הזכות להחליף את המטפל, ובמקרה זה ספק השירות יעשה כמיטב יכולתו על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר כמו התקשר ספק השירות בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת של המטפל המקורי בפועל.

6. תקופת תוקפו של כתב השירות

6.1. תוקף כתב השירות יהיה 12 חודשים ממועד תחילת תוקפה של פוליסת הביטוח, והוא יחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 12 חודשים כל אחת, ללא צורך בהצהרת בריאות, או בדיקה רפואית, יהא מצבו הרפואי של המנוי אשר יהא, אלא אם כן יוחלט על ידי המנוי ו/או חברת הביטוח שלא לחדשו.

6.2. כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים.

6.3. מובהר כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על פי כתב שירות זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל, ולברות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת הטפולים נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את סידרת הטיפולים שהומלצה לו על ידי נותן השירות. במקרה זה, תישא החברה המבטחת באחריות להשלמת מכסת הטיפולים להם היה זכאי על פי כתב שירות זה.

6.4. במקרה של ביטול כתב השירות יתבטל כתב השירות לגבי כל אחד מבני המשפחה המנויה.

8. כתב שירות - פאנל מומחים: השירות

כתב שירות זה מקנה למנוי שארע בו מקרה מקרה רפואי כאמור בסעיף 4 להלן, זכות לקבלת חוות דעת רפואית מפורטת ערוכה על ידי רופא מומחה, והכל בכפוף לתנאים שבכתב שירות זה.

חוות הדעת תימסר לאחר ניתוח הוליסטי של המקרה הרפואי על ידי רופא ממיין, בחינה מקיפה ומעמיקה של המקרה הרפואי על ידי רופא מומחה לרבות התייעצויות נוספות עם מומחים נוספים, היה ויסבור הרופא המומחה כי יש בכך צורך.

חוות הדעת תכלול את תקציר המקרה הרפואי, אבחנה ומידע רפואי התומך בהחלטות רפואיות ובהמלצות לטיפול הנכללות בה.

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:

1.1. **החברה** - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

1.2. **מנוי** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.

1.3. **דף פרטי הביטוח** - דף המצורף לפוליסה אליה נלווה כתב שירות זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה והכולל את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של המבוטח/ים, מועד תחילת הביטוח, פרטים הנוגעים לכתב השירות וכיו"ב.

1.4. **דמי מנוי** - הסכומים המשולמים מדי חודש לחברה כנקוב בדף פרטי הביטוח כתנאי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.

1.5. **הספק** - הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.

1.6. **רופא** - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.

1.7. **רופא מומחה** - רופא בעל תעודת תואר מומחה אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל אשר עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.

1.8. **רופא ממיין** - רופא עימו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה, שתפקידו לקבוע האם התקיים במנוי מקרה רפואי ובמידה וכן למנות רופא מומחה למקרה הרפואי.

1.9. **אחות** - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.

1.10. **מצב רפואי** - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי כתוצאה ממחלה או מתאונה.

1.11. **תאונה** - חבלה גופנית, שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי, אלים, חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין ע"י גורם חיצוני וגלוי לעין.

1.12. **מקרה רפואי** - מצב רפואי אשר קיומו מקנה למנוי זכות למימוש השירות כמתואר ומפורט בכתב שירות זה.

1.13. **אבחנה** - מסקנה סופית של רופא מומחה בקשר למקרה הרפואי מסוים, המוסקת לאחר לקיחת אנמנזה (פרטים שמסר המנוי על מצבו הרפואי), קבלת היסטוריה רפואית ובדיקות נוספות במידת הצורך.

1.14. **מוקד השירות** - מוקד שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים לצורך תיעוד פנייתם ובדיקת זכאותם על פי כתב שירות זה.

מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי החברה הוא:
03-9380260

1.15. **המועד הקובע** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.

1.16. **תקופת אכשרה** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי מהמועד הקובע ותסתיים בתום 90 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח. בוטל כתב השירות מכל סיבה שהיא, תחול תקופת אכשרה חדשה עם הצטרפותו מחדש של המנוי לשירות. **הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה.**

1.17. **השתתפות עצמית** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת השירות ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק ובשום מקרה לא באמצעות החברה.

1.18. **שנת ביטוח** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים שתחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח.

2. היקף השירותים

בקרות מקרה רפואי שהחל לאחר תקופת האכשרה, זכאי המנוי, לקבל את השירותים הבאים:

2.1 איסוף וניתוח המידע

- 2.1.1. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה של המקרה הרפואי על ידי רופא ממיין.
- 2.1.2. שיחה טלפונית של הרופא הממין להשלמת מידע ו/או למתן הבהרות למנוי על פי הצורך.
- 2.1.3. מינוי רופא מומחה בתחום הרלוונטי למקרה הרפואי.
- 2.1.4. ניתוח המידע הרפואי על ידי הרופא המומחה למקרה הרפואי.

2.2 התייעצויות עם מומחים נוספים לפי הצורך

2.2.1. הפניית התיק הרפואי להתייעצויות נוספות על פי צורך ובהחלטת הרופא המומחה. התיק הרפואי יופנה לרופאים מומחים נוספים בתחום הרלוונטי בארץ או בהיעדר ידע או ניסיון מספק בארץ, למומחים באותו התחום במדינה אחרת בעולם. נוכח העובדה כי בגין הפנייה למומחים בחו"ל חלה על המנוי חובת תשלום דמי השתתפות עצמית נוספים, תיערך פנייה כאמור באישור המנוי בלבד.

במקרה של היעדר ידע מספק או ניסיון בארץ, למנוי תשמר האפשרות לקבל החזר של התשלום ששילם עבור קבלת הייעוץ בארץ במידה והמנוי אינו מעוניין לשלם את תוספת המחיר עבור ייעוץ בחו"ל.

2.2.2. בדיקה מחודשת של ממצאי הדימוע ע"י מומחה ברדיולוגיה, על פי צורך ועל פי שיקול רפואי של הרופא המומחה למקרה.

2.3 ריכוז המידע והכנת חוות דעת רפואית מסכמת

2.3.1. מתן חוות דעת רפואית כתובה מסכמת הכוללת: סקירת המקרה הרפואי, הבחנה/ות, מידע התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות והמלצות להמשך טיפול.

2.3.2. חוות הדעת תשלח למנוי תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת כל החומרים הרפואיים שהתבקשו.

2.3.3. שיחה טלפונית של האחיות עם המנוי למתן הבהרות, לפי הצורך, בנוגע לחוות הדעת.

יובהר כי בכל מקרה הספק ו/או החברה אינם מחויבים בהתאם לכתב שירות זה להעניק למנוי כל שירות רפואי בפועל או מימונו של שירות רפואי כאמור, בין אם זה נדרש או הומלץ על ידי הרופא המומחה ובין אם לאו, למעט השירותים המפורטים בסעיף זה לעיל.

3. קבלת השירותים

3.1. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק. נזקק מנוי לשירות על פי כתב שירות זה, "פנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.

3.2. תנאים מוקדמים לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה הינם כי ברשות המנוי פוליסת ביטוח תקפה של החברה, תמה תקופת האכשרה בכתב השירות, המנוי לא קיבל שירות בשנת הביטוח בה הוא מבקש את השירות, הספק אישר שהמקרה הרפואי נכלל בכתב שירות זה ובוצע תשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי.

3.3. בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל העתקי המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אישפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, ייעוצים רפואיים, סיכומי טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. קבלת מסמכים אלו, הכוללים אבחנה על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי לאבחנה שניתנה בטווח של עד שנה טרום הפניה לקבלת שירות זה, ככל שקיימת, הינה תנאי למתן השירות כמפורט בכתב שירות זה. כמו כן, רשאי הרופא המומחה לבקש מהמנוי העתקי מסמכים רפואיים נוספים הנחוצים לשם מתן השירותים.

3.4. התקבלו מלוא המסמכים כאמור, יבחן הרופא הממין את זכאותו של המנוי לשירות על בסיס הקריטריונים שבסעיף 4 להלן בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי וימנה למנוי רופא מומחה בהתאם.

3.5. הודעה על אישור/אי אישור הזכאות לשירות תימסר למנוי ע"י הספק לא יאוחר מ-3 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה.

3.6. עבור כל מקרה רפואי, ישלם המנוי השתתפות עצמית של **180 ש"ח**. במקרים בהם נדרשת חוות דעת של מומחה בחו"ל ישלם המנוי השתתפות עצמית נוספת בסך **180 ש"ח**, וזאת רק לאחר אישורו והסכמתו של המבוטח. בכל מקרה יבוצע תשלום דמי השתתפות העצמית, לאחר אישור זכאותו של המנוי לשירות.

3.7. מוקד השירות יהיה פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ערב יום הכיפורים החל מהשעה 14:00 ועד חלוף שעתיים משעת סיום צום יום הכיפורים.

3.8. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד

3.9. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים וזאת עד להסרת המניעה.

4. זכאות לקבלת השירותים

המנוי יהיה זכאי לקבל שירות אם הינו עונה על הגדרת המחלות שלהלן ועל פי התנאים המוקדמים המצויינים לצד אותה מחלה, אם צויינו:

4.1. סרטן (Cancer)

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה ו/או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

4.1.1 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

4.1.1.1 מחלות עור מסוג: Hyperkeratosis, Basal Cell Carcinoma למעט BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.

4.1.1.2 מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.

4.2. מחלות לב כמפורט להלן

4.2.1 אוטם שריר הלב (Myocardial Infarction) - מוות קליני של חלק משריר הלב, הנגרם מהפרעה באספקת הדם לשריר. אימות האבחנה נעשה ע"י האמור בסעיף 4.2.1.1 ובנוסף האמור באחד מהסעיפים 4.2.1.2 או 4.2.1.3:

4.2.1.1 עליה ו/או ירידה בסימנים המראים על נמק בשריר הלב (טרופונין I או טרופונין T או CK-MB). השינוי הנדרש הוא לפחות רמה אחת מעל מעל האחוזון ה-99 של הערך העליון של הנורמה במוסד הרפואי בו נערכה המדידה.

4.2.1.2 כאבים חזקים בחזה ותמונה קלינית אופינית להתקף לב.

4.2.1.3 שינויים חדשים בא.ק.ג עם פיתוח של אחד מהבאים: עלייה/ צניחה במקטע ה-ST, היפוך של גלי T, גלי Q פתולוגיים, חסם בצרור ההולכה השמאלית.

למען הסר ספק, מובהר כי תסמונת של אנגינה לא יציבה, וכן תסמונות חריפות אחרות של העורקים הכליליים - אינן מכוסות.

4.2.2 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.

4.2.3 ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב (Surgery for valve replacement or repair) - ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

4.2.4 ניתוח אבי העורקים (AORTA) - ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.

חריג לסעיף זה: אירוע רפואי מזכה לא יכלול ניתוח הבא לתקן פגם ו/או מום מולד.

4.3 מחלות כלי דם כרוניות
מחלות כלי דם כרוניות כולל עורקים, ורידים וכלים לימפאטיים.

4.4 מחלות נירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת העצבים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה, ההולכה החשמלית או התפקוד).

במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה נירולוגית בעלת אופי חריף או כרוני ובתנאי שהינה בעלת אופי הפוגע בתפקוד בדרגה בינונית וחמורה לפי 2 NRC ומעלה או 3 EDSS ומעלה במקרה של טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis).

הפרוצדורות הפולשניות כוללות:

- א. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהצרויות בעמוד שדרה.
- ב. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת
- ג. ניתוחי היפופיזה
- ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת
- ה. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח
- ו. ניתוחי אפילפסיה
- ז. נירוכירורגיה אנדוסקופית
- ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה

4.5 מחלות אורטופדיות

קבוצה של מחלות שונות או פגיעות בעצמות, במפרקים, בשרירים ו/או בגידים אשר גורמות לכאב שלא נשלט ע"י טיפול תרופתי ופיזיותרפיה.

4.5.1 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

4.5.1.1 מחלות אורטופדיות שהמנוי נמצא בטיפול באשפוז בגין פחות מ - 21 יום, במועד הפנייה לשירות.

4.5.1.2 מצבים רפואיים בתחום האורטופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטראומה.

4.6 חריגים כלליים

הספק לא יהיה חייב במתן שירות על פי כתב שירות זה במצבים הרפואיים הבאים:

- 4.6.1 מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש
- 4.6.2 תוצאה ישירה ו/או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Aids)
- 4.6.3 מחלת פיברומיאלגיה
- 4.6.4 מחלת נירופתיות
- 4.6.5 תסמונת עייפות כרונית
- 4.6.6 שבץ מוחי (CVA)
- 4.6.7 ורידים ודליות ברגליים

5. אחריות

החברה והספק לא יהיו אחראים באופן כלשהו לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

- 5.1 הבדיקות, ההתייעצויות, הפרוצדורות והטיפולים הרפואיים אשר אליהם יופנו המנויים.
- 5.2 כל נזק, הפסד, אבדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שייגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בקשר עם אבחנות, התייעצויות, בדיקות, טיפולים, ופרוצדורות רפואיות אליהם הופנו מנויים, בין במישרין ובין בעקיפין, בגין מעשה או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או אחרת של נותני השירות שהפנה אליהם הספק ו/או כל נזק אחר שייגרם בשל מעשה או מחדל של נותני השירות אליו מופנים המנויים ע"י הספק או מי מטעמו.
- 5.3 הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

6. תוקפו של כתב השירות

- 6.1 כתב שירות זה יהיה בתוקף כל עוד פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף בתוקף.
- 6.2 תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו ובכפוף להוראות הדין הרלוונטי:

6.1.1 במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.

6.1.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, כתב השירות יבוטל בהתאם לחוק חוזר הביטוח.

6.3. על אף האמור לעיל, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית החברה להפסיק מתן השירותים על-פי כתב שירות זה לכלל המנויים, לאחר שהודיעה על כך בכתב למנויים 60 יום מראש.

6.4. על אף האמור לעיל, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מחוייב הספק להשלים מתן שירותים נשוא כתב שירות זה, למנויים אשר התחילו בקבלת השירות לפני סיום תוקפו.

6.5. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי כתב שירות זה.

6.6. מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלים, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השירות.

7. תנאי הצמדה

7.1. כל התשלומים על-פי כתב שירות זה, לרבות דמי המנוי צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס או יקטן ממנו, יגדל/יקטן (בהתאמה) התשלום בשיעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס.

7.1.1. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן כולל פירות וירקות המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואותו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

7.1.2. "מדד החדש" משמעו המדד הידוע ביום התשלום.

7.1.3. סכום דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח. הסכום הנ"ל צמוד למדד החל מיום תחילת הביטוח.

7.2. סכום ההשתתפות עצמית צמוד למדד שפורסם ביום 15/01/12 העומד על 11962 נקודות.

8. שונות

8.1. דמי המנוי על פי כתב שירות זה, המועברים לספק על ידי החברה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

8.2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מעונו האחרון כפי שנמסר לחברה, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.

8.3. המנוי והחברה מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפיהם הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליהם, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.

8.4. כל הודעה של המנוי לחברה תימסר בכתב.

9. מקום השיפוט וברירת דין

9.1. בכל תביעה בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך עניינית לדון המחלוקת בישראל.

10. אחריות המבטחת:

המבטחת אינה אחראית לשירותים הרפואיים הניתנים על ידי ספק השירות ו/או מי מעובדיו ולתוצאותיהם. למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזה, כי המבטחת איננה אחראית לפעולות נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על ידי ספק השירות הרפואי לרבות ו/או לכל נזק שייגרם על ידם.

מובהר בזאת, כי האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן השירות שבהסכם ו/או בתיאום עם המבטחת ו/או חברה קשורה ו/או על ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.

נספח 1

רשימת גבולות אחריות המבטח

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק א' השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	3.1	השתלות בארץ או בחו"ל	במסגרת ההסכם – שיפוי מלא. לא בהסכם – שיפוי עד 5,000,000 ש"ח בכפוף למגבלות הסכומים המפורטים להלן. עד 1,000,000 ש"ח
	3.2	השתלת לב מלאכותי	במסגרת ההסכם – שיפוי מלא לא בהסכם – עד 800,000 ש"ח
	3.4.1	טיפול מיוחד בחו"ל	200,000 ש"ח
	3.4.1	הוצאות בגין בדיקות לאיתור האיבר להשתלה כולל איתור תורם מח עצם	עד 200,000 ש"ח
	3.4.2	קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה	עד 200,000 ש"ח
	3.4.3	שימוש בלב מלאכותי לפני השתלת לב	עד 1,000,000 ש"ח
	3.4.4	הוצאות נסיעה לחו"ל	עד 25,000 ש"ח למקרה ביטוח
	3.4.5	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	עד 100,000 ש"ח
	3.4.6	הוצאות לשהייה בחו"ל לאדם	עד 1000 ש"ח ליום ועד 200,000 ש"ח
	3.4.8	טיפול המשך לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד	עד 150,000 ש"ח
	3.4.10	הוצאות חיוניות אחרות	150,000 ש"ח
	3.4.11	מעקב בחו"ל	עד 30,000 ש"ח
	3.6.1	פיצוי לפני ביצוע השתלה	350,000 ש"ח
	3.7.1	פיצוי לאחר ביצוע השתלה	350,000 ש"ח עבור השתלה בחו"ל 100,000 ש"ח עבור ביצוע השתלה בארץ
	3.8.1	גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, אונת כבד, רחם, מח עצם וכל שילוב ביניהם.	7,500 ש"ח לחודש ל 24 חודשים 9,450 ש"ח לחודש למשך 24 חודשים 4,000 ש"ח לחודש למשך 3

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק ב' תרופות מיוחדות		כבד, לב, לב-ראיה וריאה	חודשים
		קרנית ומח עצם עצמי	
	3.8.3	תרומת איבר לבן משפחה מדרגה ראשונה	1,500 ש"ח למשך 12 חודשים
	3.9	גמלה במקרה של א.כ.ע.	6,000 ש"ח למשך 6 חודשים
	3.10.2	הוצאות טיסה לטיפול ניסיוני	עד 20,000 ש"ח
	3.10.3	הטסה רפואית	עד 100,000 ש"ח
	3.10.4	הוצאות שהייה	עד 1000 ש"ח ליום לאדם
	3.7	סכום השיפוי המרבי	עד 2 מיליון ש"ח לתקופת הבדיקה. סכום הביטוח יתחדש כל תקופת בדיקה
	3.1	השתתפות עצמית של המבוטח	150 ש"ח
	3.1.1	השתתפות עצמית מקסימלית של המבוטח	300 ש"ח
פרק ג' ניתוחים ותחליפי ניתוח בחו"ל	3.8	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה	200 ש"ח לכל טיפול
	1.2	ניתוח בחו"ל / תחליף ניתוח בחו"ל בכפוף לאישור המבטח מראש	בית חולים שבהסכם – שיפוי מלא בית חולים שלא בהסכם – שיפוי עד סכום מרבי של 150,000 ש"ח. או 200% מעלות ניתוח/תחליף ניתוח בארץ, הגבוה מביניהם ולא יותר מההוצאה בפועל.
	1.3.1	כיסוי להטסה רפואית	עד 85,000 ש"ח
	1.3.2	כיסוי להוצאות טיסה	עד 25,000 ש"ח
	1.3.2	הוצאות שהיה	עד 700 ש"ח ליום ולא יותר מ 21 ימים
	1.3.3	הטסת גופה	כיסוי מלא
	1.3.4	הבאת מומחה לישראל	שיפוי עד 400,000 ש"ח
	1.3.5	הוצאות שהיה למבוטח לאחר ניתוח	עד 700 ש"ח ליום ולא יותר מ 5 ימים
	4	התייעצויות לפני/אחרי ניתוח	עד 1,100 ש"ח לכל התייעצות
פרק ד' ניתוח פרטי בארץ כיסוי מלא מהשקל הראשון			

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק ו' שירותים אמבולטוריים	3.1	התייעצות עם רופא מומחה	עד 1,500 ש"ח לכל התייעצות. השתתפות עצמית 20%
	3.2	כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל	עד סכום ביטוח מרבי של 6500 ש"ח
		הוצאות טיסה ושהיה עבור חוות דעת שנייה בחו"ל	עד סכום ביטוח מרבי של 4500 ש"ח
	3.3	בדיקות רפואיות אבחנתיות	עד 12,000 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	3.4	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	4500 ש"ח לשנת ביטוח
	3.5	חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה	עד סכום ביטוח מרבי של 3000 ש"ח למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%
	3.6	טיפול פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה אמבולטוריים	עד 4,500 ש"ח לשנת ביטוח, עד 20 טיפולים לשנת ביטוח, ולא יותר מ- 220 ש"ח לכל טיפול. 20% השתתפות עצמית
בדיקות ושירותים אונקולוגיים	3.7	טיפול שיקום אחרי ניתוח או תאונה	עד 250 לטיפול, לא יותר מ 22 טיפולים לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית
	3.8	טיפול אונקולוגיים	100,000 ש"ח לכל שנת ביטוח 200,000 ש"ח לטיפול בהימופילטרציה או פרפוזיה ישירה
	3.9	בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות	עד 20,000 ש"ח למקרה ביטוח לתקופת בדיקה ובהשתתפות עצמית של 15%
בדיקות ושירותים גנטיים	3.10	טיפול ע"י מקרופאגים	עד 5000 ש"ח למקרה ביטוח ובהשתתפות עצמית של 15%
	3.11	מנזר למשדר קרדילוגי	עד 150 ש"ח לחודש 25% השתתפות עצמית
שירותי רפואה קרדילוגיים	3.12	התעמלות שיקומית	עד 200 לחודש 25% השתתפות עצמית
	3.13	החלמה לאחר ניתוח גדול	עד 700 ש"ח ליום לא יותר מ 14 יום השתתפות עצמית של 25%
שירותי רפואה כלליים	3.14	דום נשימה	עד 4,000 ש"ח לשנת ביטוח השתתפות עצמית 25%
	3.15	שיקום דיבור/ראיה/ריפוי בעיסוק/ amblyopia	עד 200 ש"ח לטיפול עד 12 טיפולים בשנת ביטוח
	3.16	אחות פרטית	עד 750 ש"ח ליום השתתפות עצמית 15%
			עד מ 14 ימים לשנת ביטוח

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
	3.17	אבזר/ים רפואי	עד 3,000 ש"ח לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה
	3.18	טיפול בחדר מלח	120 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.
	3.19	שיקום הליכה ויציבה	עד 7,000 ש"ח ל לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה, 20% השתתפות עצמית
	3.20	פיצוי כתוצאה מאשפוז שלא לצורך ניתוח.	400 ש"ח ליום החל מהיום השני לאשפוז ועד עשרה ימי אשפוז
	3.21	הזרקת חומרי סינוך למפרקים	עד 3000 ש"ח למקרה ביטוח עלות החומר והטיפול עצמו
	3.22	טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות במפרקים וברקמות הרכות	עד 3000 ש"ח למקרה ביטוח
	3.23	בדיקות ראייה באשפוז	עד 200 ש"ח
התפתחות הילד	3.24	אבחון התפתחות הילד	עד 2,500 ש"ח לתקופת בדיקה, בהשתתפות עצמית של 20%
		טיפול בהתפתחות הילד	150 ש"ח לטיפול בהשתתפות עצמית של 20% עד 12 טיפולים לתקופת בדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה
רפואה מונעת	3.25	בדיקות סקר תקופתיות	800 ש"ח כל שנתיים בהשתתפות עצמית של 150 ש"ח
	3.26	רפואה מונעת	350 ש"ח לכל בדיקה עד שלוש בדיקות לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה, 20% השתתפות עצמית
הריון ולידה	3.27	בדיקות הריון	עד 6,000 ש"ח השתתפות עצמית 20%
		בדיקות סיקור גנטי לפני הריון	עד 2000 ש"ח השתתפות עצמית 20%
		בדיקות גנטיות במהלך ההיריון או לאחריו	עד 5,000 ש"ח השתתפות עצמית 20%
	3.28	הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין	שיפוי עד 4000 ש"ח למקרה ביטוח
	3.29	1 - יעוצת הנקה	עד 400 ש"ח
		2- דולה (תומכת לידה) פרטית	עד 3,200 ש"ח, השתתפות עצמית של 20%
		3- תרומת ביצית	עד 20,000 ש"ח לתקופת בדיקה, השתתפות עצמית של 20%

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
		4- שהיה בבית החלמה לאחר לידה	עד 600 ש"ח לכל יום שהיה ולא יותר משלושה ימים לכל לידה
	3.30	טיפול פיריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ או בחו"ל	עד 20,000 ש"ח לילד 20% השתתפות עצמית
	3.31	מימון לשירותי פונדקאות בארץ או בחו"ל	עד 25,000 לטיפול 25% השתתפות עצמית
	3.32	דם טבורי	4,000 ש"ח להריון 20% השתתפות עצמית
	3.33	אביזרים לאחר ניתוח	עד 2,500 ש"ח

נספח 2

נתוני הסכם הביטוח והפוליסה

הערות	תנאי הפוליסה	הנושא	סעיף	הסכם/פוליסה
ילד שלישי ואילך חינם	25	ילד יחשב עד לגיל	2.1	הסכם
(להלן: "המועד הקובע")	01/05/2016	תאריך התחלת הביטוח	4.1	הסכם
(להלן: "תקופת ההסכם")	30/04/2021	תאריך סיום הביטוח (לא יותר מ- 5 שנים)	4.1	הסכם
	17%	הוצאות המבטחת	5.9.2	הסכם
	מדנס	סוכן הביטוח	12.1	הסכם
	25% לתקופה של ארבע שנים ו 10% לאחר מכן לכל החיים	הנחה למבוטח שעוזב את הביטוח ועובר לפוליסת פרט	3.1	פוליסה פרק מבוא
	על חשבון החבר/עובד	הפרמיה לחבר/עובד	4.1	פוליסה פרק מבוא
	על חשבון החבר/עובד	הפרמיה לבני המשפחה	4.1	פוליסה פרק מבוא
	30 חודשים	תקופת (ה)בדיקה	4.6.1	פוליסה פרק מבוא
	25%	התאמת פרמיה מרבית	4.6.3	פוליסה פרק מבוא

נספח 3

טבלת הפרמיות החודשיות בש"ח

פרמיה חודשית- מסלול ניתוחים משלים שב"ן	פרמיה חודשית- מסלול ניתוחים מ"השקל ראשון"	
94	104	19-30
106	119	31-35
106	119	36-40
122	141	41-45
127	146	46-50
147	177	51-55
172	212	56-60
196	249	61-65
240	321	66-70
250	333	+71
37	42	ילד (עד 24 כולל)

נספח להסכם הביטוח הקבוצתי

כתב התחייבות של בעל הפוליסה ו/או המבוטח
בהתאם לתקנה 3 (א) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות
קבוצתי), 2015

בעל הפוליסה: לשכת עורכי הדין- הועד המרכזי

אני מצהיר ומתחייב בזאת כי בעל הפוליסה: לשכת עורכי הדין פועלת באמונה ובשקידה
לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

אופן הגשת תביעה

למי פונים בעת הצורך?

לרשותך עומדת מחלקת שירות הלקוחות המאוישת 24 שעות ביממה:
חייג': *2000

נוהל הגשת תביעה

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

**ניתן לפנות למוקד השירות של מנורה מבטחים באמצעות קו הטלפון הפועל 24 שעות ביממה :
*2000**

במוקד יסייעו למבוטח ויתנו לו את המידע הראשוני לגבי האפשרויות העומדות לרשותו למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

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

מספרי פקס החירום של מחלקת שירות לקוחות:

03-7107473

03-7601046

כתובת הדואר של מחלקת שירות לקוחות:

רח' אלנבי 115

ת.ד. 927, תל אביב

מיקוד: 6100802

לנוחיותך, טופס תביעה מצורף בעמוד הבא.

להזמנת טפסי תביעה נוספים ניתן לפנות למח' שירות לקוחות בטל' *2000

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

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

מבוטח/ת נכבד/ה,

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

ניתוחים

ניתוחים עתידיים

הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש בכוונתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולנו ללוות לך את כל 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 באמצעות פקס שמספרו: 03-7606744.

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללות את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-7107957.
2. באפשרותך לבצע את הניתוח באופן פרטי באמצעות מנתח ו/או בי"ח שאינו מצוי בהסכם עם חברתנו. ההחזר בגין הניתוח יעמוד על סכום ההחזר למנתח הסכם, את תקרות ההחזר תוכל לראות באתר האינטרנט שלנו.
3. לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה שאלון רפואי" על שלושת חלקיו.
 - א. חלק א' – הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
 - ב. חלק ב' – נועד למילוי על ידי הרופא המטפל ועל ידי הרופא המנתח (רופא מקצועי המטפל בך (ניתוח, כגון: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכדומה). בהעדר רופא מקצועי מטפל כאמור, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים).
 - ג. חלק ג' – יש לחתום על טופס ויתור סודיות מצורך, נועד למילוי על ידי הרופא המנתח (סוג הניתוח, מועד ביצועו, מקום ביצועו).
4. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.
במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת 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*

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

השתלות

יש למלא ולעביר אלינו את הטופס "תביעה להחזר הוצאות" על שני חלקיו -
א. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
ב. חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לניתוח).
בנוסף יש לצרף המלצה מרופא בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הנך מבקש לבצע את ההשתלה.
בנוסף יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.
במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לא הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.
תשובה תשלח למבטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.

טיפול מיוחד בחו"ל

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

תרופות שאינן בסל הבריאות

יש להעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות לתרופות" בו יש למלא את שני החלקים.
א. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
ב. חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית) ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע"י רופא מומחה, טופס 29' וקבלה מקורית.
תשובה בכתב תשלח למבטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

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

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטים המקוריים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, רח' אלנבי 115, תל-אביב 61008.

טלפון לפניות ובירורים בנושא תביעה 03-7107957, 2000* או באמצעות מספרי הפקס המפורטים לעיל.

בכבוד רב,

**מחלקת תביעות בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

הגשת תביעה

טופס תביעת בריאות - ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה

מבוטח וכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר. נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה.
בטופס שני חלקים: חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל.
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא/ה המטפל/ת או לרופא/ה המקצועי/ת את הטופס הנ"ל ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.
מובהר כי קבלת טופס זה על ידי המבוטח אינה מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבוטח.

שים לב: אם תימצא זכאי לכיסוי הניתוח על ידינו, ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, שלא באמצעותנו, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בהתאם להוראות הפוליסה שברשותך.

סוג התביעה (יש לסמן X):

☐ ניתוח עתידי ☐ ניתוח שבוצע ☐ טיפול מיוחד ☐ השתלה ☐ החלמה מושלמת/מחלקה ראשונה

אישור למשלוח מסמכים לסוכן הביטוח

פרטי הסוכן:	שם הסוכן:	כתובת הסוכן:
מס' טלפון הסוכן:	מס' פקס הסוכן:	
הריני מאשר/ת בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח מר/גב' _____ (להלן - "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנועד למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.		
תאריך	חתימה: X	

חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

א. פרטי המבוטח

שם משפחה:	שם פרטי:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מספר הפוליסה
כתובת:	רח' _____	מס' _____	דוא"ל _____	מספר פקס _____
אני ☐ מסכים / ☐ לא מסכים כי כל מסמך / מידע הקשור בתביעה יועבר אלי בדואר אלקטרוני לכתובת הרשומה לעיל, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.				
שם מקום העבודה של בעל הפוליסה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	
כתובת מיייל	שם הסוכן	מספר טלפון סוכן	מספר טלפון סלולרי	
מעבר מידע בין החברות בקבוצת מנורה, שמירה במאגרי מידע - הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת מנורה ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת מנורה יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נוהגת קבוצת מנורה לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת מנורה ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת מנורה ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת מנורה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה.				
הסכמה לפנייה באמצעי תקשורת אלקטרונית - מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת מנורה תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אלי באמצעים אלקטרוניים שונים. בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליות, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.				
חתימה: X				

שם קופת החולים	סניף	כתובת
שם הרופא המקצועי המטפל	שם הרופא המשפחה המטפל	

חלק ב' - למילוי על ידי הרופא המטפל

ב. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? ☐ לא ☐ כן, משנת _____ מסוג _____

האם יש לך ביטוח משלים אחר? ☐ לא ☐ כן, בחברת _____

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? ☐ לא ☐ כן, בחברת _____

ג.

למלא במקרה של בקשה לאישור ולתיאום ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה

☐ האם יש לך זכאות להשתתפות של קופ"ח במימון הטיפול? ☐ לא ☐ כן, אמצאי התחייבות מקופ"ח (ט' 17)

☐ לרופא ☐ לבי"ח ☐ לרופא ולבי"ח

☐ בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה
		התייעצות לפני ניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח
		אחר 1.
		2.
		3.

ד.

למלא במקרה של תביעה להחזר הוצאות/פיצוי

☐ בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבי"ח ציבורי או בבי"ח פרטי במימון קופ"ח או ביטוח המשלים (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח וסיכום מחלה בגין הניתוח שבוצע).

☐ בקשה לפיצוי בגין מוות (ח"ח) כתוצאה מניתוח וכדומה.

☐ בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה
		שכר מנתח/ביה"ח פרטי אביזרי שתל

ה. אופן תשלום התביעה

☐ נא להעביר לזכות חשבוני:

בבנק:	שם הסניף:	מס' הסניף:	מס' חשבון

תאריך:	שם משפחה ופרטי:	מס' זהות:	חתימה
			X

לקבלת התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים

לתשומת ליבך - את תביעתך לפיצוי/החזר כספי הינה מעל 5000 ש"ח יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

בבנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר חשבון _____

לצורך העברת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק יש לצרף צילום המחאה וכן לציין את פרטי החשבון:

שם בנק _____ מס' סניף _____ מס' חשבון _____

אין בטופס הנ"ל כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור חבותה ולדרוש לקבל לידיה אסמכתאות נוספות.

רופא נכבד,

א. פרטי הרופא

שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
כתובת:	רח'	מס' בית	עיר	מיקוד
			ת.ד.	מספר פקס

ב. פרטי המבוסס

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
		מס'

ג. הטיפול במבוטח

תאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	המבוטח בטיפולי החל מתאריך	
		שנה	חודש

ד. האבחה

האבחנה הנוכחית	המבטוח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך
הצורך בניתוח/טיפול מיוחד/השתלה נקבע בתאריך	האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: ☐ תאונת עבודה ☐ תאונת דרכים ☐ תאונת ספורט ☐ אם כן, פרט	

שם הרופא

תאריך

חתימת הרופא וחותמת

חלק ג' – למילוי בידי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד/ההשתלה

א. פרטים על הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ

שם הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ:

בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:

_____ _____ _____		בבית חולים
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך _____ _____ _____		

הערות נוספות

ב. פרטי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד

שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
כתובת: רח' מס' בית עיר מיקוד ת.ד.				מספר פקס

שם הרופא

תאריך

חתימת הרופא וחותמת

X

חלק ד' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמו ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח וקרנות הפנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבראות ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבראות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן. כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות
--------	----------	--------	----------

תאריך	שם החותם	תעודת זהות	חתימה
תאריך	עד לחתימה	תעודת זהות	חתימה

טופס תביעת בריאות - תרופות

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה.
בטופס שני חלקים חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא המטפל המקצועי, את הטופס הזה ובקשו ממנו למלא את החלק המתאים במלואו.

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

א. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות:	תאריך לידה	מספר הפוליסה
כתובת:	רח'	מס' בית	עיר	מיקוד
מספר פקס	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	דואר אלקטרוני
שם מקום העבודה	שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי
שם קופת החולים	סניף	כתובת		
שם הרופא המקצועי המטפל		שם הרופא המשפחה המטפל		

מעבר מידע בין החברות בקבוצת מנורה, שמירה במאגרי מידע - הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת מנורה ו/או כל מידע בקשר אלי שייגיע לידיעת מי מחברות קבוצת מנורה יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נוהגת קבוצת מנורה לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת מנורה ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת מנורה ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת מנורה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה.

הסכמה לפניה באמצעי תקשורת אלקטרונית - מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת מנורה תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אלי באמצעים אלקטרוניים שונים. בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.

X חתימה:

רופא נכבד,

למילוי בידי הרופא/ה המטפל/ת - חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימלא על ידי רופא/ה משפחה/ילדים

א. פרטי הרוכא				
שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
כתובת:	רח'	מס' בית	עיר	מיקוד
ת.ד.	מספר פקט			

ב. פרטי המבוטח	
שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות:	מס'

ג. הטיפול במבוטח	
תאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח

שם התרופה והתאריך בו הוחלט על הטיפול בתרופה לראשונה

האם נעשתה פנייה לקופה למימון התרופה ☐ כן ☐ לא (במידה וניתנה תשובת הקופה יש לצרפה)

האבחנה בגינה קיים הצורך בתרופה/ות והתאריך בו התגלתה המחלה:

לכמה זמן הומלץ למבוטח ליטול את התרופה?

עלות התרופה לחודש:

פירוט רשימת תרופות שבהן המבוטח משתמש:

תאריך

X חתימת הרופא וחותמת

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח

חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח וקרנות הפנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן. כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשתי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות
--------	----------	--------	----------

שם החותם	תעודת זהות	חתימה
עד לחתימה	תעודת זהות	חתימה

לפרטים והתקשרות
יש לפנות לסוכנות מדנס
בטלפון: 03-6380390