

פוליסה קבוצתית



לחברי מועדון ההטבות **ביחד** בטוב
מבית ההסתדרות

תוכן עניינים

עמוד	שם הפרק
2	הקדמה
4	גילוי נאות
9	מבוא, חריגים ותנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה
24	פרק א' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
29	פרק ב' - שירותים נוספים
32	פרק ג' - כתב שירות סמארט דוקטור – יעוץ רפואי מקוון
40	נספחים
41	שירותי הטבות למבוטח
46	אופן הגשת תביעה והנחיות להגשת תביעה

חברות וחברי ההסתדרות ומועדון "ביחד בשבילך", שלום רב!

במסגרת הרחבת סל השירותים לחברי ההסתדרות בשנת 2021, החליט יו"ר ההסתדרות, ארנון בר דוד, שחברי ההסתדרות החברים במועדון "ביחד בשבילך", המחזיקים בכרטיס האשראי של המועדון (בכפוף לנהלים ולתנאי הפוליסה) יצורפו ללא עלות, באופן אוטומטי וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לביטוח הבריאות החדש והייחודי "בריאים ביחד".

ביטוח "בריאים ביחד" יכלול בין היתר:

- **כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות** אך מאושרות ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל, כגון רשות המזון והתרופות האמריקאית FDA.
- תרופות אשר כלולות בסל הבריאות אך התוויתן בסל אינה תואמת את הצורך הרפואי של המבוטח, אך מאושרות להתוויה ע"י הרשויות המוסמכות.
- תרופה שלא אושרה להתוויה תהיה זכאית למימון אם הוכרה כיעילה למחלתו של המבוטח ע"י פרסום רפואי רשמי בעולם.
- כיסוי לתרופה עבור מחלה יתומה - תרופה אשר אושרה באחת המדינות המוכרות לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר.
- מימון עלויות החלמה במוסד להחלמה אונקולוגית לחולים במחלת הסרטן.
- טיפול בוויטמינים וקנאביס לחולי סרטן.
- סבסוד פעולות הדפסת איברים לצורך פעולות רפואיות הדורשות טכנולוגיה מסוג זה.
- **רפואה און ליין** - ייעוץ רפואי דיגיטלי עם רופא בכיר בכל תחומי הרפואה, ייעוץ לבחירת רופא מומחה מנוסה.
- ייעוץ לפרישה/ שינוי עיסוק.
- ניהול זכויות במקרה של מחלה קשה וייעוץ וסיוע במקרה סיעוד.

נדגיש כי פירוט השירותים והתנאים המלאים מופיעים בפוליסת הביטוח. תוכנית ביטוח הבריאות "בריאים ביחד" הינה חלק משורה ארוכה של הטבות שמציע מועדון "ביחד בשבילך" לחברות וחברי ההסתדרות במגוון תחומים. כל זאת מתוך מטרה להוזיל עד כמה שניתן את סל ההוצאות השוטפות של החברים ולהגדיל את סל השירותים. **אנו פועלים כל העת למען רווחתך ומאחלים לך ולבני משפחתך בריאות איתנה!**

שלכם,

איל קרוליצקי
מנכ"ל "ביחד בשבילך"

אופיר אלקלעי, עו"ד
יו"ר דירקטוריון "ביחד בשבילך"

חברות וחברי ההסתדרות ומועדון "ביחד בשבילך", שלום רב,

ההסתדרות, "הבית של העובדים בישראל", אשר מייצגת מאות אלפי חברים וחברות פועלת ללא לאות להביא, במיוחד בשנה זאת, פתרונות יצירתיים לקידום רווחת חברי וחברות ההסתדרות ולהגדלת סל השירותים. הוכחנו, כי ערכי הסולידריות הן נר לרגלי ההסתדרות וכי אנו מצליחים לחולל שינויים משמעותיים, המשפיעים על אזרחים רבים.

כעת, אני שמח לבשר לכם, על פרויקט הביטוח החדש "בריאים ביחד", המיועד לחברי ההסתדרות החברים במועדון "ביחד בשבילך" (בהתאם לכללים). מבחינתי, מדובר בתוכנית ביטוח שיש בה בשורה אמיתית וחשובה לציבור העובדים. והכל, ללא עלות לחברים ובמימון מלא של ההסתדרות.

במסגרת תוכנית "בריאים ביחד" יזכו חברי המועדון אשר עומדים בתנאי הזכאות, להמשיך ולהנות מתוכנית ביטוח הבריאות לכיסוי תרופות שאינן בסל הבריאות. כמו גם משורה של כיסויים משמעותיים נוספים שטרם נכללו בפוליסה.

אין לי ספק כי הטבה זו, יחד עם סל השירותים ההולך ומתרחב שמציע מועדון "ביחד בשבילך", ישפיעו לטובה על מציאות החיים של חברות וחברי ההסתדרות בתחום הבריאות ואיכות החיים.

בהזדמנות זאת, אחל לכולנו המשך עשייה ברוכה למען העובדים והעובדות, הגמלאים והגמלאיות וכמובן בריאות טובה לכולנו!

שלכם,

ארנון בר דוד
יו"ר ההסתדרות

ביטוח בריאות קבוצתי לחברי מועדון 'ביחד בשבילך' – תמצית תנאי הביטוח

פרקי הפוליסה:

- פרק א' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
- פרק ב' – שירותים נוספים
- פרק ג' – כתב שירות סמארט דוקטור – יעוץ רפואי מקוון

<p>מוקד שירות לקוחות החברה: *2000 פקס: 153-747049338</p>	<p>כתובת הדוא"ל של החברה: moked-health@menora.co.il</p>	<p>כתובת למשלוח דואר: לידי תחום בריאות ת.ד. 927 תל אביב 6100802</p>	<p>כתובת אתר החברה: www.menoramivt.co.il</p>
----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

תמצית תנאי הפוליסה	
<p>פוליסה קבוצתית לביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שירותים נוספים וכתב שירות סמארט דוקטור – יעוץ רפואי מקוון</p>	<p>שם הביטוח</p>
<p>פוליסה קבוצתית לביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שירותים נוספים וכתב שירות סמארט דוקטור – יעוץ רפואי מקוון</p>	<p>סוג הביטוח</p>
<p>1.1.2021-31.12.2021 (שנה)</p>	<p>תקופת הביטוח</p>
<p>רובד אחד הכולל: פוליסה קבוצתית לביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שירותים נוספים וכתב שירות סמארט דוקטור – יעוץ רפואי מקוון</p>	<p>תיאור תכנית הביטוח</p>
<ul style="list-style-type: none"> • לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 10 לפוליסה • לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח: פרק א' סעיף 4 	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים: (החריגים בפוליסה)</p>
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים</p>	<p>קיומם של כיסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח</p>

להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח לתכנית הביטוח:

עלות הביטוח

מבוטח	תכנית הביטוח המלאה
חברה/אצל בעל הפוליסה	במימון מלא של בעל הפוליסה

- מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה באישור הממונה על שוק ההון, ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. מחירי הביטוח למוצר זה נכונים למועד פרסומם
- המדד היסודי: מדד חודש דצמבר 2017, אשר פורסם בתאריך 15.01.2018



תכנית הביטוח:

פרק א' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	תקרת הכיסוי	תקופת – אכשרה – אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול	השתתפות עצמית
תרופות מיוחדות כמפורט בסעיף 3.1	כיסוי לתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, שכלולה בסל אך אינה מוגדרת להתווייה הרפואית כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תרופה OFF LABEL ותרופת יתום	1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	אין	200 ₪ לחודש לתרופה
		150 ₪ לכל שירות ועד 30 פעמים		
פרק ב' – שירותים נוספים				
הדפסת איברים כמפורט בסעיף 1	הדמיה תלת מימד	2000 ₪	אין	10%
	הדפסה תלת מימד של האיבר להמחשה	10,000 ₪		
	הדפסת האיבר המיועד להשתלה	35,000 ₪		
	הדפסת כלי עזר לניתוח	15,000 ₪		

ללא		350 ₪ למרשם ועד תקרה של 5000 ₪ לכלל מקרי הביטוח לתקופת הביטוח	טיפול בוטימינים וקנאביס רפואי לחולי סרטן	טיפול בוטימינים וקנאביס רפואי לחולי סרטן כמפורט בסעיף 2
25%		600 ₪ ליום ועד 14 ימים	שהייה במוסד החלה אונקולוגי לחולה במחלת הסרטן	הוצאות החלמה לחולי סרטן כמפורט בסעיף 3
פרק ג' – כתב שירות סמארט דוקטור - יעוץ רפואי מקוון				
120 ₪ ליעוץ	30 יום	שיפוי מלא	התייעצות עם רופא מומחה בכל תחומי הרפואה ככל שמתאפשר ליעוץ באופן מקוון	שירותי יעוץ רפואי מקוון כמפורט בסעיף 5
ללא	אין	שיפוי מלא	התייעצות עם רופא כללי	

הערות:

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

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

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

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

לתשומת ליבך, המידע שנמסר אודותיך נמסר מרצונך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים



הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברת קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרת אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>

פוליסה קבוצתית לביטוח תרופות לחברי המועדון "ביחד בשבילך"

פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

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

- 1.1 "החברה" או "המבטח" – מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
- 1.2 "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 "תאריך תחילת הביטוח הקבוצתי" – 01/01/2021
- 1.4 "תאריך הצטרפות" – התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה ולא מוקדם מתאריך תחילת הביטוח הקבוצתי.
- 1.5 "הסכם הביטוח" - חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.6 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.7 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.8 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.9 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.10 "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.11 "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.12 "נותן שירות בהסכם" - גוף רפואי לרבות בית מרקחת עמו קשורה או שתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.

- 1.13. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.14. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינגי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול;
- 1.15. **"היועץ"** – היועץ אשר נבחר/יבחר על ידי בעל הפוליסה ללוות את בעל הפוליסה והמבטחים במהלך תקופת הביטוח.
- 1.16. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.17. **"המבוטח/ים"** – חברים אצל בעל הפוליסה על פי תנאי זכאות לפי שיקול דעת בעל הפוליסה ואשר פרטיהם יועברו למבטח ושולמה בגינם הפרמיה
- 1.18. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.19. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.20. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.21. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.
- 1.22. **"וועדת הליסינגי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).
- 1.23. **"בעל הפוליסה"** – "ההסתדרות הכללית החדשה", ח.פ 515318012 (להלן גם: **"ההסתדרות"**)
- 1.24. **"דמי הביטוח או הפרמיה"** – ישולמו באופן מלא ע"י בעל הפוליסה.
- 1.25. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בכל פרקי הפוליסה, לרבות במסגרת דף פרטי הביטוח, שתשלם המבטחת למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח כתגמולי הביטוח, בקרות למבוטח מקרה הביטוח.
- 1.26. **"המדד"** – מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.

- 1.27. **"דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.**
- 1.28. **"השתתפות עצמית" - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח.** מובהר בזאת כי חבות המבטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות עצמית זו.
- 1.29. **"מבוטח קיים" - מי שהיה מבוטח עד ליום 31.12.2020 בהסכם לביטוח רפואי קבוצתי שנערך בין בעל הפוליסה עבור חבריו, (להלן: "הביטוח הקודם")**

2. המבוטחים:

- 2.1. **בעל הפוליסה ימסור למבטח רשימה שמית הכוללת את המבוטחים. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, נכון ליום חתימת ההסכם תנאי הזכאות המצטברים להכללה בפוליסה יהיו:**
- 2.1.1. **חברות במועדון "ביחד בשבילך";**
- 2.1.2. **החזקה, במשך שלושה חודשים לפחות, בכרטיס האשראי המשויך למועדון;**
- 2.1.3. **תשלום דמי חבר להסתדרות (או פטור מתשלום מכוח החלטות בית נבחר (הסתדרות) במשך שנה, או חבר הסתדרות המשלם דמי חבר להסתדרות במשך 3 חודשים רצופים, כאשר במשך 9 החודשים שקדמו להם שילם ברציפות דמי טיפול להסתדרות.**
- 2.2. **תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:**
- 2.2.1. **היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים על פי הודעת בעלת הפוליסה.**
- 2.2.2. **בתום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.**
- 2.2.3. **היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח/בעל הפוליסה בכתב, מסיבה כלשהיא.**

3. אופן הצטרפות:

- 3.1. **מבוטח קיים, כהגדרתו בסעיף 1.29 לעיל, יצורפו לביטוח באופן אוטומטי, ללא מילוי טופס הצטרפות וללא הצהרת בריאות, וזאת בהתאם לרשימת החברים שתועבר למבטחת מראש. ההצטרפות תהא ברצף ביטוחי מלא ותאריך ההצטרפות עבור מבוטח קיים, יהא תאריך ההצטרפות לתכנית הביטוח הקודמת.**
- 3.2. **מצטרפים חדשים לביטוח (קרי, מי שיצורף כמבוטח לפוליסה לאחר מועד כניסתה לתוקף), יחתמו על הצהרת בריאות מקוצרת. **למרות האמור לעיל,****

חבר הסתדרות בעל ותק של שנה ומעלה, לא יידרש למלא הצהרת בריאות בעת הצטרפותו לתכנית ביטוח זו.

3.3. יובהר, כי גריעת מבטוח מקובץ המבטוחים ו/או אי הכללתו בקובץ אשר נגרמה עקב השמטה מקרית, בלתי מכוונת ו/או בטעות ו/או בתום לב, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטוח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה אישור בכתב, המאשר את זכאותו בכפוף לתשלום הפרמיה בגינו.

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

4. תקופת הסכם הביטוח:

4.1. **תקופת הסכם הביטוח והפוליסה תהיה מיום: 01/01/2021 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום: 31.12.2021 (להלן: "תקופת ההסכם").**

4.2. במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטוח את תקופת ההסכם, לצורך ניהול מו"מ לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים להסכם זה.

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

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

5. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

5.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה בתום תקופת הביטוח כמוגדר בסעיף 2.2.2 לעיל, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבטוחים אצל המבטח, יוכל כל מבטוח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות לכיסוי תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הקיים אצל המבטח באותה העת ובכיסוי חופף לכיסוי בהסכם, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבטוחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין אותו הכיסוי).

- 5.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 5.3. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, תוך 30 יום לפני מועד סיום הביטוח ועד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח ובכפוף להודעת בעל הפוליסה למבטח על סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 5.4. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום ממועד קבלת הודעת המבטח על זכותו להמשכיות. המעבר לפוליסת פרט יתבצע תוך שמירה על רצף ביטוחי.
- 5.5. 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 רק לכיסויים ולסכומים החדשים.
- 5.6. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה של דמי הביטוח החודשיים.

6. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח:

- 6.1. דמי הביטוח ישולמו באופן מלא על ידי ועל חשבון בעל הפוליסה ולא על ידי המבוטח. מובהר כי במקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לסעיף אחר בפוליסה יגבר האמור בסעיף זה.
- 6.2. בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בהתאם לרשימת החברים הזכאים לביטוח כמפורט לעיל.
- 6.3. דמי הביטוח ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס רבעוני, ולא יחול כל שינוי בגובה הפרמיה אלא בהסכמת הצדדים בכתב.
- 6.4. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").
- 6.5. מבטח/ת שנמצא בחופשה ללא תשלום ו/או בחופשת לידה ו/או במקרה של פער בין סיום עבודתו של מבוטח לתחילת עבודה חדשה ולא שולמה הפרמיה בגינו יהיה רשאי בעל הפוליסה על פי שיקול דעתו

להשלים רטרואקטיבית את תשלומי הפרמיה למבטח בגין תקופה זו ולתקופה מרבית של ששה חודשים, מבלי לפגוע ברצף הזכויות הביטוחיות של המבוטח.

6.6. קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מבניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה;

6.6.1. לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

6.6.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

6.6.3. למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

6.6.4. במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

6.6.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח

7. תחלופ (סברוגציה):

7.1. מששילם המבטח 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 המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

7.2. מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח ובמידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח

בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי כלשהו, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

7.3 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 מהמבטח 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.

8. ביטוח כפל:

המבטח 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 (או שקיבל שיפוי אך לא את מלוא סכום הביטוח). להסרת ספק המבוטח לא יידרש למצות תחילה את זכויותיו במסגרת הביטוח האחר.

9. תביעות:

א. אישור מוקדם של תביעה

9.1 על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה ביטוח ולפנות אליו, באמצעות מייל או מספר פקס שימסרו על ידי המבטח, או בכל דרך אחרת שתוסכם בין הצדדים בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הכיסוי הביטוחי. לבקשה יצורפו המסמכים הבאים:

- 9.1.1 מכתב מרופא מטפל המפרט את הבעיה הרפואית ומציין את הטיפול שניתן עד למועד התביעה, והטיפול המבוקש והסיבות לכך.
- 9.1.2 מרשם לקבלת התרופה.
- 9.1.3 מספר טלפון נייד וכתובת דוא"ל לקבלת הודעות בדבר סטטוס התביעה.
- 9.1.4 העתק המחאה או אישור אחר של מס' חשבון בנק של המבוטח אליו יועברו תשלומי המבטח.
- 9.1.5 טופס תביעה כמקובל אצל המבטח.

9.2 לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישורו לפני ביצועו של הטיפול הרפואי כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום

תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבוטח באמצעות ספק בהסכם, לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.

9.3. המבוטח ימסור למבטח, ככל שיידרש ומסיבות סבירות, 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 הנוגע למבוטח.

ב. הטיפול בתביעה

9.4. תביעה אשר הוגשה למבטח על ידי מבוטח תטופל וטיפול יסתיים בתוך 12 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הנדרשים לו לשם אישור תביעה כאמור בסעיף 9.1 לעיל. במקרה חירום ועל פי הצורך הרפואי יפעל המבטח לבירור התביעה באופן דחוף על מנת לעמוד בצרכים הרפואיים של אותו מבוטח.

9.5. המבטח יעדכן את המבוטח באמצעות שליחת SMS / דוא"ל ככל שיש בידו את הפרטים כאישור על קבלת מסמכי התביעה, עדכון על סטטוס התביעה, האם חסרים מסמכים, הודעה על דחייה/תשלום/הוצאת התחייבות וזאת בכפוף להעברת מספר הטלפון הנייד/דוא"ל של המבוטח למבטח.

9.6. ככל שחסרים מסמכים הנדרשים לאישור התביעה (בהתאם ובכפוף לאמור בסעיף 9.1 לעיל בלבד) על המבטח להודיע על כך למבוטח בתוך 4 ימי עבודה מיום הגשת התביעה.

9.7. לא טופלה התביעה תוך פרק הזמן הנקוב לעיל, ייחשב הדבר כקבלת התביעה בכפוף לאישור היועץ. **אישור היועץ יהיה רק במקרה חירום, תוך מתן הודעה במקביל למבטח. האישור יהיה תקף למשך 30 יום עד לבירור מול המבטח. סכום האישור לא יעלה על 50,000 ₪.**

9.8. במידה והמבטח יחליט לדחות את התביעה, תועבר ההודעה ליועץ אשר בחן את הסיבות לדחייה. במידה והדחיה אינה מוצדקת יפעל לשינוי ההחלטה מול המבטח על פי הוראות הפוליסה. במקביל תועבר על ידי המבטח הודעה למבוטח והכל מבלי לחרוג ממסגרת הזמנים האמורה.

ג. תשלום תגמולי ביטוח

9.9. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח בכפוף להמצאת חשבונית על ביצוע

התשלום ובלבד שהמבוטח יקבל את התרופה הנדרשת במועד כפי שנקבע ע"י הרופא המטפל.

9.10. אושרה התביעה, זכאי המבוטח לקבל מהמבטח לפי דרישתו, התחייבות לתשלום לספק השירות שבהסכם אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפוליסה וזאת עוד לפני מועד קבלת השירות המתוכנן למבוטח. במקרה בו נדרש המבטח לשלם למבוטח תשלום כספי, יעביר המבטח לחשבון בנק המבוטח את תגמולי הביטוח בתוך 5 ימי עבודה מיום אישור התביעה, בכפוף להמצאת חשבונית. המבטחת תהיה רשאית לדרוש מהמבוטח הצהרה שלא קיבל החזר כספי ממקור אחר בגין התרופה.

9.11. 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.

9.12. 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 המבטח על פי תנאי הפוליסה.

10. חריגים כלליים:

10.1. סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על הפוליסה:

- החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:
- 10.1.1. מקרה הביטוח, אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
 - 10.1.2. 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.
 - 10.1.3. אלכוהוליזם ו/או שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא, שלא לצורך גמילה).
 - 10.1.4. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

- 10.1.5. ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 10.1.6. טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון, אין אונות ובדיקות שיגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 10.1.7. טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינקי.
- 10.1.8. 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" מועד הצטרפות החברים לפוליסה זו.

הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים, 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.

פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

11. מתן מסמכים והודעות למבוטח – סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

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

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

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

11.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

11.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור 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 טלפו

11.6. 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

יאחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) 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.

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

12. צירוף מבטחים לביטוח על פי המפורט בסעיף 5 ייעשה בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי המפורטות להלן:

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

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

12.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

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

12.3. האמור לעיל, לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח/ת אחר/ת אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

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

13. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

(א) מבלי לגרוע באמור לעיל, חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), 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.

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

(ג) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי,

יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה (2)1, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח

14. תנאי הצמדה למדד:

14.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:

14.1.1. "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.

14.1.2. "המדד היסודי" – המדד הידוע במועד תחילת הביטוח

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

14.2. כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

14.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח ו/או תשלומי השתתפות עצמית שהמבוטח נושא בהם, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

15. וועדת ערר:

15.1. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 14 יום מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה תהא באחריות המבטח.

15.2. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.

15.3. הוועדה תורכב מנציג בעל הפוליסה, נציג המבטח והיועץ. הוועדה רשאית למנות רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה ורשאית לקבוע כי החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.

15.4. אין בהחלטת ועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

16. התיישנות תביעות:

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

הכיסוי הביטוחי
פרק א' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

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 ומניעת כאב) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב.

ההגדרה "תרופה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או במדינה מוכרת לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.

1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.

1.4. **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.

1.5. **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.

1.6. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.

1.7. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

1.8. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם חודשי. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

1.9. **רופא בית חולים-רופא העובד** במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').

1.10. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

1.11. **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL:** תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.

1.12. פרסום רשמי - אחד מהבאים:

- (1) פרסומי ה-FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
 - ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.
 - ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - (א) NCCN
 - (ב) ASCO
 - (ג) NICE
 - (ד) ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח:

2.1. נטילת תרופה במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך בנטילתה נוצר במהלך תקופת הביטוח, ובלבד שתרופה 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.

ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

2.2. מובהר כי תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") ותרופת OFF LABEL, הינן תרופות המכוסות על פי תנאי פוליסה זו למעט תרופה המפותחת לאדם מסויים, עבור קוד/פרופיל גנטי מסויים או מבנה מסויים של מולקולות ותאים של אותו אדם.

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

3.1. המבטח ישפה את המבוטח בכפוף לאמור בסעיף 10 לתנאים הכלליים ו/או ישלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, עד תקרת כיסוי של 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, בניכוי השתתפות עצמית בסך 200 ₪ לתרופה, למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

3.1.1. השתתפות עצמית תשולם ע"י המבוטח לכל חודש בנפרד עבור כל תרופה.

3.1.2. על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה/ות שעלותה המצטברת מעל 6,000 ₪ לחודש.

3.2. מבוטח שברשותו ביטוח בריאות נוסף מעבר לביטוח זה, והוא זכאי לשיפוי בגין מקרה הביטוח גם מהמבטח האחר, יהיה רשאי לפנות למבטח גם אם לא פנה קודם למבטח האחר, ו/או לא מיצה את פנייתו למבטח האחר.

3.3. **המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.**

3.4. למבטח תהיה זכות לספק למבוטח באמצעות ספק הסכם את התרופה ו/או בפועל ובלבד שהתרופה יסופקו באופן סדיר ובהתאם לצורך הרפואי של המבוטח

3.5. 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, ובכל מקרה אחר לפי החלטת וועדת הערר.

3.6. המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד לסכום של 150 ₪ עבור כל שירות ועד ל- 30 פעמים של מתן שירות.

3.7. מבוטח שלא תבע מאת המבטח תגמולי ביטוח בהתאם למקרה הביטוח המפורט לעיל ישולם לו פיצוי מהמבטח בגובה 10% מגובה תגמולי הביטוח.

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

- 4.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה
- 4.2. תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.
- 4.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות, אין אונות.
- 4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.5. טיפול בוויטמינים ו/או בתוספי מזון לרבות במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, מזון רפואי שאינו רשום ברשימת תרופות, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח
- 4.6. חיסון מניעתי ו/או טיפול תרופתי מניעתי למחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)
- 4.7. תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים ו/או לדיאטה ו/או משקל ו/או גמילה מעישון ו/או אלכוהוליזם
- 4.8. טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות.
- 4.9. טיפול תרופתי מונע למחלת צהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת מסוג B (Hepatitis B).

5. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:

במקרה שבו שווה המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל 183 יום בשנה (כגון במקרה של לימודים, ניתוח, שליחות) יידרש תיאום בין המבטח למבוטח לעניין אופן מיצוי הזכאות.

6. ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2015-1-18 – 'הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'.

פרק ב' – שירותים נוספים

1. הדפסת איברים:

מקרה הביטוח: המבטחת תשפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי, ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח ו/או הדפסת תחת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס.

התחייבות המבטחת: המבוטח ישופה כנגד חשבונית/קבלה בסך 2000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו15,000 ₪ עבור תלת מימד של כלי כזר לניתוח, הכל בכפוף להשתתפות עצמית של 10%.

2. טיפול בויטמינים וקנאביס לחולי סרטן:

2.1. **בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, ולהגדרות המופיעות בפרק א - ביטוח התרופות, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:**

2.1.1. **תכנית הביטוח הבסיסית:** כיסוי תרופות הכלול בפוליסה הקבוצתית על שם המבוטח, אצל המבטחת, אשר מקנה כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וכן מקנה כיסוי לתרופות OFF LABEL כהגדרתן להלן, והינה בתוקף בעת קרות מקרה הביטוח.

2.1.2. **המדינות מוכרות:** ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

2.1.3. **ויטמינים:** תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתוסף תזונה.

2.1.4. **סרטן (Cancer):** נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. תחת הגדרה זו תכלול מחלת סרטן מסוג לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. הגדרת סרטן בתכנית ביטוח זו לא תכלול: גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ (למעט Carcinoma in Situ בשד), דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3

- או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים; מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות); מחלות עור מסוג: Basal Cell Carcinoma - Hyperkeratosis; מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל); לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000$ B cell lymphocytes/ul ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
- 2.1.5 **קנאביס רפואי:** קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. **יובהר, כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.**
- 2.1.6 **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 2.1.7 **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים כללי ו/או פרופסור בבית חולים כללי.
- 2.2 **תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת:**
- 2.2.1 המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת הויטמינים/הקנאביס כהגדרתם לעיל, כאשר בידיו מרשם.
- 2.2.2 לא הודיע המבוטח למבטחת על קרות מקרה הביטוח בטרם רכישת הויטמינים/הקנאביס הרפואי כהגדרתם לעיל, לא תהא המבטחת חייבת בתגמולי ביטוח אלא במידה והייתה חייבת בהם אילו קוימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- 1.1.1.1 **במידה והחובה לא קוימה מסיבות מוצדקות.**
- 1.1.1.2 **אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטחת את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.**
- 2.2.3 **רכש המבוטח ויטמינים/קנאביס רפואי כהגדרתם לעיל, שרכישתם לא אושרה מראש ע"י המבטחת, תגמולי הביטוח אשר תשלם המבטחת למבוטח, יהיו עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת, לו היתה נמסרת לה הודעה מראש ובלבד שהסכום שתשלם המבטחת למבוטח לא יעלה על גובה ההוצאות, כפי שהיו לו היתה התרופה נרכשת באמצעות בית**

מקחת אשר למבטחת יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו.

2.2.4. בכל מקרה בו בחרה המבטחת לשלם ישירות לספק השירות עבור הויטמינים/הקנאביס הרפואי, כהגדרתם לעיל, עלות הרכישה, משמעה- הסכום ששילמה המבטחת בפועל לספק השירות על פי ההסכם עם ספק השירות, ובלבד שהסכום לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לויטמינים/לקנאביס הרפואי לחודש ולתקופת ביטוח כמפורט בסעיף 4 להלן.

2.2.5. יובהר, כי המבטחת איננה חייבת להתקשר עם ספק שירות, ואם היא בחרה להתקשר עם ספק שירות, אין היא מחוייבת להשיג את המחירים המוזלים ביותר לרכישת הויטמינים/הקנאביס הרפואי, כהגדרתם.

2.3 ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי למחלת הסרטן:

2.3.1. **מקרה הביטוח בסעיף זה:** רכישה בפועל של ויטמינים ו/או קנאביס רפואי על פי הנחיה של רופא מומחה למבוטח החולה במחלת סרטן ובתנאי שהמחלה התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח.

2.3.2. בקרות מקרה הביטוח, במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישה של ויטמינים ו/או קנאביס רפואי כהגדרתם לעיל אשר שילובם עם טיפול תרופתי נעשה על פי הנחיה של רופא מומחה, לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו, לצורך טיפול ו/או תמיכה במחלת סרטן של המבוטח, ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו.

2.3.3. **המבטחת תשפה את המבוטח בגין ויטמינים ו/או קנאביס רפואי הניתנים על פי מרשם, בכפוף להמצאת קבלות עד לסכום ביטוח מירבי של 350 ₪ למרשם ולא יותר מ-5000 ₪ לכלל מקרי הביטוח לתקופת הביטוח.**

3. החלמה לחולה במחלת הסרטן:

המבוטח ישתתף בהוצאות שהייה במוסד החלמה אונקולוגית לחולה במחלת הסרטן ובלבד שקיימת המלצה טיפולית ע"י רופא. המבוטח ישתתף במימון עלויות החלמה עד 75% מההוצאה בפועל, עד לסכום של 600 ₪ ליום ולכל היותר 14 ימים.

פרק ג' - סמארט דוקטור

כתב שירות יעוץ רפואי מקוון

1. מבוא

- 1.1 תמורת תשלום פרמיה, כאמור בדף פרטי הביטוח, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים, החריגים והסייגים בכתב שירות זה, ובלבד שצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה מתווסף לפוליסה על שם המנוי והנו בתוקף במועד קבלת השירותים בפועל.
- כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת, אשר תהא בתוקף בכפוף לתוקפה של תכנית הביטוח אליה נלווה כתב שירות זה.
- 1.2 השירות הניתן על פי כתב שירות זה ניתן על ידי ספק שירות, שאינו החברה, והוא ניתן בתנאים ובמגבלות המפורטים בכתב שירות זה להלן.
- 1.3 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.
- 1.4 כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:

- 2.1 "אתר האינטרנט של הספק" - www.femi.com.
- 2.2 "החברה" - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
- 2.3 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי.
- 2.4 "דמי השתתפות" - סכומים שהמנוי מחויב לשאת בהם בעצמו, כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות. המנוי ישלם את דמי ההשתתפות לנותן השירות או לספק, כפי שיורה לו מוקד השירות, אך לא באמצעות החברה. מובהר כי דמי ההשתתפות משולמים בנפרד בגין כל מנוי ובגין כל מתן שירות וזאת כמפורט בכתב השירות.
- 2.5 "דמי מנוי" - הסכומים שעל המנוי לשלם לחברה מדי חודש בגין כתב השירות כפי שמצוין בדף פרטי הביטוח, וזאת כתנאי לקבלת שירותים על פי כתב שירות זה.
- 2.6 "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה ושמצוינים בו, בין היתר, פרטי המנויים, גובה דמי המנוי, המועד הקובע לגבי כל מנוי ופרטים נוספים הנוגעים לכתב השירות. דף פרטי הביטוח הינו חלק בלתי נפרד מכתב השירות.
- 2.7 "המועד הקובע" - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כפי שהוא מופיע בדף פרטי הביטוח.

- 2.8. **"הספק"** - פמי פרימיום בע"מ או כל גורם אחר מטעמה, ו/או כל נותן שירות אחר אשר ייקבע על ידי החברה.
- 2.9. **"הפוליסה"** - הפוליסה שאליה מצורף כתב שירות זה.
- 2.10. **"השירות"** או **"השירותים"** - השירותים המפורטים בסעיף 5 שלהלן, הניתנים בהתאם למפורט בסעיף 5 שלהלן ועל פי הוראותיו, **חריגו ותנאיו של כתב השירות, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.**
- 2.11. **"יעוץ מקוון"** - שיחת יעוץ באמצעות שימוש בטכנולוגיה אינטרנטית המעבירה קול ותמונה חזותית באמצעותה ינהל המנוי שיחה עם הרופא מטעם הספק לצורך קבלת השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 2.12. **"מנוי"** - המבוטח אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמי שנרכש עבורו כתב שירות זה.
- 2.13. **"רופא"** - מי שרשאי לעסוק ברפואה בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
- 2.14. **"רופא ילדים"** - רופא מומחה שהוסמך לעסוק בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות בעל התמחות ברפואת ילדים, או רופא המשמש כרופא ילדים באחת מקופות החולים בישראל.
- 2.15. **"רופא כללי שבהסכם"** - רופא משפחה או רופא ילדים הקשור עם הספק בהסכם תקף לצורך מתן שירות על פי כתב שירות זה, במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.
- 2.16. **"רופא מומחה"** - רופא שהוסמך לעבוד בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, או לפי כל תקנה.
- 2.17. **"רופא מומחה שבהסכם"** - רופא מומחה עמו קשור הספק בהסכם תקף לצורך מתן שירות על פי כתב שירות זה, במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות. רשימת נותני השירות שבהסכם מפורטת באתר האינטרנט של הספק.
- 2.18. **"רופא משפחה"** - רופא מומחה שהוסמך לעסוק בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות בעל התמחות ברפואת משפחה, או רופא המשמש כרופא משפחה באחת מקופות החולים בישראל.
- 2.19. **"שנה"** ו/או **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, כאשר השנה הראשונה מתחילה במועד הקובע.
- 2.20. **תכנית הביטוח/ הפוליסה** - תכנית ביטוח בריאות תקפה אשר הופקה ע"י החברה, אשר כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת הנלווית לה.
- 2.21. **"תנאים כלליים"** ו/או **"תנאים כלליים לתכניות ביטוח בריאות"** - תנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות, המפורטים בנספח 721, לרבות, אך מבלי לגרוע מכלליות האמור, התנאים לגבי תקופת הביטוח ומועד כניסת הביטוח לתוקף. **התנאים הכלליים המצורפים לכתב השירות מהווים חלק בלתי נפרד מכתב שירות זה.**

- 2.22. **"תקופת האכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ונמשכת 30 יום. יובהר כי המנוי מחויב בתשלום דמי המנוי בתקופת האכשרה אולם אינו זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במהלכה. תקופת האכשרה תחול על כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב שירות זה הנו בתוקף, ותחל מחדש בכל פעם שבה יצורף המנוי לכתב שירות זה מחדש, במקרה בו המנוי הצטרף לתקופות שירות בלתי רצופות.
- 2.23. **"מוקד שירות לקוחות"** או **"המוקד"** - קו טלפון שמספרו הנו **03-5688108**, שיפעיל הספק עבור המנויים לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה.

3. **תנאים מהותיים בכתב שירות זה**
- 3.1. מובהר, כי המידע הרפואי ו/או הייעוציים הרפואיים שיינתנו בכתב שירות זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על-ידי המנוי ו/או הורי הקטין במהלך השיחה, ובהתבסס על מידע זה בלבד.
- 3.2. מובהר, כי בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב מצוקה (גופנית או נפשית) על המנוי לפנות באופן מידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר לרבות שירותי רפואה דחופה.
- 3.3. המנוי מודע לכך שאין בייעוץ המכוון כדי להוות תחליף לבדיקה ו/או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי, בהתאם לצורך.

4. **סודיות רפואית**
- 4.1. ידוע למנוי כי פניה לשירות באמצעות תקשורת שאינה מאובטחת יכולה להיות חשופה ברשת האינטרנט. מובהר למנוי כי אבטחת המידע השמור בנקודת הקצה שלו היא באחריותו הבלעדית ואין לספק יכולת לאבטח מידע זה.
- 4.2. על המנוי בתום כל שימוש (באופן מלא או זמני) מוטלת האחריות הבלעדית להסיר מהאמצעי בו השתמש (מחשב ו/או מכשיר טלפון סולרי) את המידע ו/או נתוני הזיהוי וכן כל נתון אחר אשר עלול לאפשר חשיפה של המידע למי שאינו מורשה לכך.

5. **פירוט השירותים**
- 5.1. המנוי זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה שבהסכם לבחירת המנוי **מבין האפשרויות שיועמדו בפניו בעת פנייתו למוקד** (להלן: "ייעוץ רופא מומחה"). מובהר כי מבין הרופאים המומחים בכל תחום יופיע לפחות רופא מומחה אחד שהינו אחד מאלה: פרופסור, מנהל מחלקה סגן מנהל מחלקה, מנהל יחידה, סגן מנהל יחידה, והכל בבית חולים בישראל.
- 5.2. מידע אודת רשימת הרופאים המומחים שבהסכם נמצא במוקד השירות של החברה הזמין לרשות הלקוחות 24 שעות 7 ימים בשבוע.

- 5.3. המנוי רשאי לקבל את הייעוציים הרפואיים המקוונים מרופא מומחה שבהסכם במהלך תקופת תוקפו של כתב השירות ללא הגבלה **והכל לאתר תקופת האכשרה**
- 5.4. השירות ינתן באמצעות רופא מומחה שבהסכם בכל תחומי הרפואה, כגון: אנדוקרינולוגיה, אלרגולוגיה, אונקולוגיה, אורתופדיה, אורולוגיה, א.א.ג, גנטיקה רפואית, גריאטריה, גניקולוגיה, גסטרואנטרולוגיה, המטולוגיה, ילדים, כירורגית לב, כירורגית חזה, כירורגיה כללית, נירוכירורגיה, נירולוגיה, נפרולוגיה, עיניים, פסיכיאטרית בוגרים, פסיכיאטרית ילדים, קרדיולוגיה, ראומטולוגיה, ריאות, רדיולוגיה, רפואה זיהומית, רפואת כאב רפואת עור ומין **ועוד וזאת** ככל שמתאפשר ליתן את הייעוץ באופן מקוון.
- 5.5. תיאום מועד הייעוץ יבוצע תוך יום עסקים אחד ממועד קבלת הפנייה למוקד השירות וקבלת הייעוץ בפועל תבצע עד 5 ימי עסקים ממועד התאום כאמור.
- 5.6. עבור כל שיחת ייעוץ, ישלם המנוי דמי השתתפות בסך **120 ש"ח**. דמי ההשתתפות ישולמו לספק טרם קבלת השירות בפועל באמצעות כרטיס אשראי בלבד.
- 5.7. למרות האמור בסעיף 5.6 ביקש המנוי לקבל ייעוץ מקוון נוסף עם אותו הרופא ממנו קיבל את הייעוץ הראשון ובאותו תחום התמחות בגינו פנה לקבלת הייעוץ, יהיה רשאי המנוי לקבל זאת בתנאי שלא חלפו 45 יום מהייעוץ הראשון ובכפוף לתשלום דמי השתתפות מופחתים בסך 90 ש"ח ליעוץ. **מובהר כי הייעוץ אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי צפוי או תלוי ועומד.**
- 5.8. **השירות ינתן על ידי רופא מומחה שבהסכם בלבד והמנוי אינו זכאי לקבלת שירותי ייעוץ על פי כתב שירות זה מרופא מומחה אחר ו/או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגינם.**
- 5.9. הרופא המומחה שבהסכם רשאי, לפי שיקול דעתו מבלי שתשמע כל טענה כנגדו להודיע למנוי כי הנסיבות אינן מתאימות למתן ייעוץ מקוון וכי הוא ממליץ למנוי לפנות למטפל אשר ייפגש עמו פנים מול פנים.
- 5.10. יובהר כי מבוטח יוכל לבחור, להעביר מראש את כל החומר הרלוונטי לרופא המומחה שבהסכם לרבות סיבת הפנייה ליעוץ, לשם בחינת התאמת המקרה ליעוץ מקוון, במידה וימצא כי המקרה אינו מתאים ליעוץ מקוון, ולא יינתן ייעוץ בפועל, לא ישולמו דמי השתתפות.
- 5.11. בתום שיחת הייעוץ המקוונת עם הרופא המומחה שבהסכם כאמור לעיל, יקבל המנוי סיכום יעוץ הכולל את אחת או יותר מההמלצות המפורטות להלן והכל בהתאם לצורך ולמקרה הרפואי שבגינו פנה המנוי לקבל השירות:
- 5.11.1. יעוץ רפואי בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המנוי.
- 5.11.2. מרשם לצורך רכישת תרופה לטיפול בבעיה הרפואית ממנה סובל המנוי.
- 5.11.3. הפנייה לבית חולים או מוקד לשירותי רפואה דחופה.

- 5.11.4. הפניה לבדיקות אבחנתיות להשלמת בירור.
- 5.11.5. המלצה להמשך טיפול אצל רופא משפחה או רופא אחר.
- יובהר כי השירותים אינם כוללים את עלות הביקור ו/או האשפוז בבית חולים ו/או התרופות ו/או כל הוצאה רפואית אחרת מלבד הייעוץ.**
- קבלת ייעוץ רפואי מקוון מרופא כללי שבהסכם:** 5.12.
- 5.12.1. המנוי זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא כללי שבהסכם
- 5.12.2. המנוי רשאי לקבל ייעוציים רפואיים מקוונים מרופא כללי שבהסכם במהלך תקופת תוקפו של כתב השירות ללא הגבלה.
- 5.12.3. **המנוי יהיה זכאי לשירות זה ללא תקופת אכשרה.**
- 5.12.4. השירות על פי סעיף 5.12 לעיל, יינתן במועדים המפורטים להלן בלבד:
- 5.12.4.1. בכל יום למעט יום כיפור: משעה 19:00 בערב ועד לשעה 7:00 בבוקר למחרת.
- 5.12.4.2. ביום כיפור החל משעתיים מצאת החג ועד שעה 7:00 בבוקר למחרת.
- 5.12.5. הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיף 5.12 זה, יתקיים עד 90 דקות מרגע קבלת הפניה במוקד השירות ובלבד שהפניה תתקבל במוקד במסגרת שעות הפעילות המפורטות לעיל.
- 5.12.6. הרופא הכללי שבהסכם ייתן למנוי מידע והכוונה רפואית, ככל שידרשו לפי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא. בין היתר, יכלול הייעוץ את העניינים הבאים:
- 5.12.6.1. קבלת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי מלא) מאת המנוי או הורי קטין מנוי.
- 5.12.6.2. קבלת מרשם רפואי לרכישת תרופות ראשוניות בהתאם לשיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ הכללי. המרשם יימסר באמצעות דוא"ל או פקס או כל אמצעי אלקטרוני אחר.
- 5.12.6.3. קבלת הפניה לבית חולים באמצעות דוא"ל או פקס.
- 5.12.6.4. קבלת המלצה להפניית המנוי להמשך טיפול לפי שיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ הכללי.
- 5.12.7. בסיום הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיף 5.12.1 זה, יינתן למנוי או להורי קטין מנוי מאת הרופא המייעץ הכללי סיכום ייעוץ באמצעות דוא"ל או פקס.
- 5.12.8. **השירות אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי תלוי או צפוי.**
- 5.12.9. עבור כל ייעוץ מקוון עם רופא כללי שבהסכם, הניתן בהתאם לסעיף 5.12, ישלם המנוי דמי השתתפות בסך 25 ש"ח.

6. אופן קבלת השירותים ותנאים כללים

- 6.1. נזקק המנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות וימסור את הפרטים הנדרשים לזיהויו למתן השירות ככל שיתבקש.
- 6.2. לצורך קבלת שירותי הייעוץ המקוון, על המנוי להעביר למוקד השירות של הספק את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לפנייתו המצויים ברשותו וזאת תוך 24 שעות לכל המאוחר טרם המועד שתואם עבורו לצורך קבלת ייעוץ מקוון מהרופא המומחה שבהסכם. **יובהר כי סעיף זה הינו תנאי מהותי לצורך תיאום השירות ו/או קבלתו.**
- 6.3. את המסמכים הרפואיים כאמור לעיל יוכל המנוי לשלוח לספק באמצעות דואר אלקטרוני ו/או פקס ו/או לחילופין באמצעות שירותי איסוף מידע באמצעות רופא מטעם הספק אשר יגיע לבית המנוי ויבצע את הפעולות הבאות:
 - 6.3.1. קבלת הסיפור הרקע הרפואי, לרבות בירור ביחס לנטילת תרופות ואם כן, אילו תרופות, כולל תדירות נטילתן, ותיעד המידע שנמסר לצורך העברתו לרופא המומחה.
 - 6.3.2. מילוי טופס איסוף חומר רפואי באמצעות תיעוד: cd / פיענוחים / בדיקות מעבדה/ צילומים.
 - 6.3.3. ריכוז החומר במעטפה מאובטחת והחתמת הלקוח.
 - 6.3.4. **בגין העברת המידע הרפואי באמצעות שירותי איסוף מידע ישלם המנוי דמי השתתפות בסך 90 ש"ח למשלוח.**
- 6.4. מוקד השירות מטעם הספק יהא פעיל לקבלת פניות המנויים בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את שיחת הייעוץ אשר תואמה עבורו, וידיע על כך המנוי למוקד השירות בהקדם האפשרי ולא פחות מ- 24 שעות טרם שיחת הייעוץ בפועל. לא בוטל התיאום כאמור, יישא המנוי במלא דמי ההשתתפות כמפורט בכתב השירות.

7. קבלת השירותים בעת שירות צבאי:

בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות על המנוי הוראות הצבא והנחיותיו, 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.

8. אחריות נותן השירות

- 8.1. הספק מתחייב להתקשר עם נותני שירות שבהסכם שהינם בעלי ניסיון מקצועי נאות ורמת שירות גבוהה. המתאימים והרלוונטיים לשירות הניתן בכתב שירות זה, בנוסף, הספק מתחייב לבחון מעת לעת את רמת השירותים שיעניקו נותני השירות למנויים ולסייע ככל שניתן בטיפול בכל בעיית שירות שתתעורר בין המנויים לבין נותני השירות בקשר לשירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 8.2. הספק מתחייב כי תתקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנויים והכל כמפורט בסעיף 6 לעיל.
- 8.3. החברה ו/או הספק אינם אחראים לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 8.3.1. פגיעה בפעילות הספק או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק.
- 8.3.2. אירועים הנובעים ממגבלות המערכת הטכנולוגית בתחומי לרבות בתחומי השמירה על הפרט והחיסיון הרפואי לרבות בגין כשל תקשורתי, חדירת גורמים בלתי מוסמכים וניתוק פתאומי של התקשורת.
- 8.4. יובהר כי העברת מידע רפואי על ידי המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלה של המיידע הרפואי בידי החברה.

9. תוקפו של כתב שירות זה

- 9.1. כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע.
- 9.2. תוקפו של כתב שירות זה יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
- 9.2.1. במועד ביטול הפוליסה, מכל סיבה שהיא.
- 9.2.2. בתום תקופת כתב שירות זה על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
- 9.2.3. בכל מקרה בו זכאית החברה לסיים את כתב השירות בהתאם להוראות כל דין, לרבות בגין אי-תשלום דמי מנוי במלואם בהתאם למפורט בתנאים הכלליים.
- 9.2.4. במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לבין הספק והחברה לא מצאה נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח, בהודעה של החברה של 60 יום מראש.
- 9.3. להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה. יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה המנוי זכאי להמשיך לקבל את השירותים שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.

10. תחולת התנאים הכלליים על כתב השירות

10.1. כל ההוראות בתנאים הכלליים לפוליסה אליה מצורף כתב השירות, יחולו על כתב שירות זה, למעט החריגים המופיעים בסעיף 10 לפרק התנאים הכלליים

10.2. כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטיה מהאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות יחייב לעניין כתב שירות זה אם צוין בכתב שירות זה במפורש.

11. תנאי הצמדה

11.1. כל הסכומים הנוגעים לכתב השירות, לרבות דמי המנוי ודמי ההשתתפות, יהיו צמודים למדד הפוליסה ויעלו בהתאם ליחס שבין המדד החדש למדד הבסיס.

12. שונות

12.1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

נספח א' - הצהרת בעל הפוליסה

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

שם בעל הפוליסה: ביחד בשבילך

הנני מצהיר כדלקמן:

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

נספח ב' - הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לחברים

שם בעל הפוליסה: ביחד בשבילך

אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:

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

שירותי הטבות למבוטח

יעוץ לבחירת רופא מומחה מנוסה בתחום הנדרש:

- זכור, בחירה נכונה של רופא מצילה חיים.
- עד היום היועץ של כולנו הייתה השכנה ממול ולעיתים ד"ר גוגל בכבודו ובעצמו. אבל זה לא תמיד מספיק. אנו מחפשים את הרופא עם ההתמחות הספציפית, את הרופא הכי מנוסה שעשה הרבה פעולות או ניתוחים בתחום המבוקש וראה הרבה חולים שסובלים מהבעיה ממנה אנחנו סובלים.
- לרזולוציה כזו לא השכנה ממול וגם לא גוגל יכולים לרדת. אצלנו תוכל לעשות שימוש במערכת "**הרופא המנוסה**" שיודעת לתת לך את פרטי הרופאים המנוסים בתחום הספציפי הנדרש לך.
- **לקבלת השירות:** שולח מייל best@experts-center.co.il עם פרט הבעיה הרפואית וסוג הרופא המבוקש ומקבלים תשובה תוך 5 שעות לכל היותר. על מנת לדייק את ההמלצה, עדיף תמיד לצרף חומר רפואי רלוונטי.
- השירות אינו כרוך בתשלום.

תכנון לפרישה מהעבודה ממתכנן פרישה בכיר:

- עומד לפרוש מהעבודה, עומד לצאת לפנסיה, עומד להחליף תפקיד כדאי להתייעץ עם מתכנן פרישה מנוסה ומיומן. "**פרישה מעבודה**" הינה אירוע מכוון בחייו של העובד השכיר. בין אם פרישה לגמלאות ובין אם פרישה מוקדמת ולכן היא מחייבת היערכות נכונה.
- פגישת יעוץ עם מומחה מנוסה בתכנון פרישה, במחיר מסובסד עם השתתפות עצמית מופחתת של 700 ₪ בלבד הכוללת את השירותים הבאים:
 - הזמנת מידע ממסלוקה פנסיונית: ניתוח בקרה ועריכת הנתונים.
 - בחינת מקור הכספים: קצבה, תגמולים, פיצויים ובקרה על ההפקדות שבוצעו בעבר.
 - בחינת המוטבים והמעסיקים הקודמים.
 - בחינה הוליסטית של תיק הלקוח לרבות: קרנות השתלמות, פנסיה וותיקה/חדשה, ביטוי מנהלים, וקופות גמל.
 - ביצוע אופטימיזציה של דרכי משיכת הכסף בכפוף לתקנות: קצבה/משיכה הונית/היוון.
 - התאמת בין המוצרים הפיננסיים לצרכים והנכסים שברשות המבוטח לצורך אופטימיזציה של סגנות החיים המבוקש.
 - בדיקת תמהיל החשיפה של התיק הפנסיוני והתאמתו תרמת הסיכון שהמבוטח מבקש.

- בחינת סוגיות המיסוי בית ומקסום הטבות המס הקשורות בפרישה קצבה שתתקבל.
 - מימוש פטור על פיצויים, פריסת מס, היוון קצבה, וכדומה.
 - הכנת סימולציות בנוגע לאפשרויות המיסוי השונות
 - בחינת אפשרויות תעסוקה לאחר פרישה וסוגיות המיסוי הכרוכות בכך.
 - ייצוג מלא מול פקיד שומה כרוך בתוספת מחיר.
- אופן קבלת השירות: הלקוח שולח מייל למוקד השירות לכתובת best@experts-center.co.il מפרט בקצרה את צורכי הייעוץ הנדרש. תאום התור עם המומחה הבכיר יעשה תוך 7 ימי עסקים מהפניה למוקד.

ניהול הזכויות במקרה של מחלה קשה:

- אדם שחולה במחלה קשה חרב עליו עולמו. הכל נראה שחור הכל נראה ללא תקווה והבלבול והפחד משתלטים על הגוף והנפש. כמבוטח הנך זכאי לפגישת ייעוץ עם מומחה שינסה לזהות את האור שבקצה המנהרה.
- פגישת יעוץ במחיר מסובסדת בהשתתפות עצמית של 200 ₪ בלבד ינסה המומחה להציג בפניך את המצב וינסה לסייע לך בהצגת כל הזכויות הכספיות והאחרות המגיעות לך מעצם המחלה:
 - איך משיגים את המקסימום מהביטוח הלאומי במימון עלות.
 - איך משיגים הטבות מנותני שירותים כגון: חברת חשמל ארנונה ועוד.
 - איך מטפלים באובדן ההכנסות מעבודה?
 - איך מקבלים החזרים מקופת חולים ו/או הביטוח המשלים?
 - איך מקבלים את התשלומים המגיעים מחברות הביטוח השונות?
 - ועוד
- אופן קבלת השירות: הלקוח שולח מייל למוקד השירות לכתובת best@experts-center.co.il מפרט בקצרה את הבעיה הרפואית, עדיף לצרף מסמכים רפואיים). תאום התור עם המומחה הבכיר יעשה תוך 7 ימי עסקים מהפניה למוקד.

יעוץ וסיוע במקרה סיעוד:

- אמא אבא הפכו סיעודיים בין לילה מה עושים? פנה עוד היום למרכז הייעוץ לחולה הסיעודי וקבל פגישת ייעוץ עם עובד/ת סוציאלי מומחה בתחום הסיעוד.
- בפגישת הייעוץ יוסבר לך כל מה שצריך לדעת על "עולם הסיעוד" מה הם הזכויות, ממי מקבלים אותם, מה מגיע מהביטוח הלאומי, מה ממשד הבריאות ומה מחברת הביטוח, איך מגיעים למוסד סיעודי איכותי ואיך מממנים אותו וכל מה שצריך לעשות על מנת לקבל את הכסף מהביטוח הסיעודי שברשותך.
- השירות כולל:
 - מתן מידע על הזכויות והשירותים העומדים לרשות החולה הסיעוד בקהילה בה הוא מתגורר.
 - מתן מידע על זכויות מרשות מקומית, קופת חולים, חברות הביטוח.
 - מתן זכויות מהשירותים חברתיים והשירותים סוציאליים,
 - מתן זכויות המגיעות לחולה הסיעודי משרדי ממשלה השונים, הביטוח הלאומי ומשרד הבריאות.
 - הכוונת החולה הסיעודי ובני משפחתו בתהליך מיצוי הזכויות כולל מלוי טפסים והעברתם לגורמים הרלוונטיים.
 - סיוע באיתור מוסד סיעודי מתאים לחולה.
 - סיוע באיתור עובד זר לטיפול הסיעודי בבית החולה.
 - הכוונה בארגון הבית והסביבה של החולה הסיעודי הממשיך להתגורר בביתו.
 - פגישת יעוץ במחיר מסובסד הכרוך, בהשתתפות עצמית של 150 ₪ בלבד.
 - אופן קבלת השירות: הלקוח שולח מייל למוקד השירות לכתובת best@experts-center.co.il מפרט בקצרה את צרכי הייעוץ הנדרש. תאום התור עם המומחה יעשה תוך 7 ימי עסקים לכל היותר מהפניה למוקד.

כללי:

1. כל מבטח/ת ב-"פוליסה", יהא זכאי לקבל שירות על פי נספח הטבות זה.
2. נספח הטבות מצורף לביטוח לכיסוי תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות אשר נערך על ידי מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטחת").
3. מבטח המעוניין בקבלת ההטבה יפנה למוקד השירות באמצעות הדואר האלקטרוני המצוין לצד כל אחת מההטבות שנמנו מעלה.

4. בהטבות שבהן צוין הדבר, יהא המבוטח חייב בתשלום השתתפות עצמית כתנאי לקבלת ההטבות. המבוטח ישלם את דמי ההשתתפות העצמית לנותן השירות טרם קבלתו.
5. ההטבות תנתנה על ידי ספקים שנמצאים בהסכם עם נותן השירות בלבד. לא תהא למבוטח זכות לבחור את ספק השירות ולא תהא למבוטח זכות לקבל החזר בגין שירותים שיינתנו על ידי ספק שירות אחר. רשימת ספקי השירות על פי נספח זה תשתנה מעת לעת.
6. ההטבות המפורטות בנספח הטבות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה של המבוטח לנותן השירות.
7. על המבוטח להגיע למקום קבלת ההטבה בכוחות עצמו ועל חשבונו.
8. עם סיום כל טיפול, יחתום המבוטח על ספח המאשר את קבלת ההטבה.
9. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד, או בשטחים המוחזקים הנמצאים בשליטת ישראל.
10. מועד קבלת ההטבה יתואם ישירות עם ספק השירות.
11. ההטבות על פי נספח הטבות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של ספק השירות.
12. אם יבקש המבוטח לבטל את פנייתו לקבלת הטבה על פי נספח הטבות זה, עליו להודיע על כך לספק השירות באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות בטרם המועד שנקבע לקבלת ההטבה.
13. המבטחת ו/או בעל הפוליסה ו/או מי מטעמם אינם אחראים לטיב השירותים ו/או טיב הייעוץ הניתנים למנוי במסגרת נספח הטבות זה. המבטחת ו/או בעל הפוליסה ו/או מי מטעמם אינם אחראים לכל נזק, הפסד הוצאה או תוצאה אחרת שייגרמו למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב קבלת ההטבה על ידי ספק ההטבות.

14. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, מובהר כי המבטחת ו/או בעל הפוליסה לא יהיו אחראים כלפי המבוטח או כל מאן דהוא בגין מעשים ו/או מחדלים של ספק השירות ו/או איכות הייעוץ הניתן על ידו.
15. תוקפו של סל ההטבות ייכנס לתוקף החל מ- 1 לינואר 2021 ולמשך שנה ממועד זה או במועד מוקדם יותר מיום 31/12/2020, במקרה של ביטול הפוליסה מכל סיבה שהיא.
16. בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר להטבות על פי נספח זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל.

הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבוטח/ת נכבד/ה,

תרופות שאינן בסל הבריאות

יש להעביר אלינו את טופס תביעה בו יש למלא את שני החלקים.

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

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

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

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

*בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון *2000
או בדוא"ל moked-health@menora.co.il

התיישנות

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

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



לפרטים ומידע פנה למומחי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
בקו טלפון ייעודי לחברי המועדון: 072-2768705
www.menoramivt.co.il