

MenoMedic TOP

ביטוח רפואי לעובדים זרים

הואיל ובעל הפוליסה אשר שמו מצוין להלן פנה אל מנוורה מבטיחים ביטוח בע"מ בבקשת לעורך ביטוח אשר פרטיו מפורטים זהה והתחייב לשלם את דמי הביטוח כפי שסוכמו עמו ו齊ינו ברשימה של פוליסה זו.

לפיכך, מעידה פוליסה זו כי בכפיפות לכיסויים, להרחבות, לתנאים, לסיגים ולהוראות המפורטים בה /או אשר יוספו /או לצורפה אליה בהסכם החדש, מסכימים המבטיח לשפט את המבוטח בנסיבות מקרה הביטוח שארע בתקופת הביטוח הנזקובה בה, בהתאם לכיסויים כמפורט בפרק פוליסה זו.

יודגש, כי דף הרשימה הרצוף לפוליסה והצהרת הבריאות שצורפה אליה, הינם בסיס הביטוח ומהווים חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

למען הסר ספק, פוליסה זו הותאמת במיוחד להוראות צו עובדים זרים (סל שירותי בריאות לעובד), התשס"א - 2001 (להלן: "הצו") . וכן לצו עובדים זרים (סל שירותי בריאות לעובד) (תיקון) - 2016. להסרת ספק יוגהר, כי בכל מקרה של סתירה בין הצו לבין הפליסה, נוסח הצו גובר.

תנאים כלליים

מבוא

1. הגדרות **בפוליסה זו-**

- 1.1. **בעל הפליסה -** האדם, חבר בני האדם או התאגיד, שהינם מעביד המתקשר עם המבטיח בחזזה הביטוח נשוא הפליסה ואשר שמו נקוב ברשימה /או בהצעת הביטוח כבעל הפליסה
- 1.2. **המבוטח:** מי ששווה במדינת ישראל לעבודزر, המועסק על ידי בעל הפליסה ושמו נקוב בדף פרטי הביטוח. **עובד זר** הינו אדם העובד בישראל, שאינו אזרח ישראלי או תושב בה.
- 1.3. **הבטיח -** מנוורה מבטיחים ביטוח בע"מ,
- 1.4. **ההצעה או ההצעה -** טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המועמד לביטוח /או על ידי בן/בת זוגו בשם כל אחד מיחידי משפחתו. ההצעה כוללת גם את הצהרת הבריאות שמלואה ונחתמה ע"י המועמד לביטוח.
- 1.5. **הפליסה -** חוזה לביטוח פרט שבין בעל הפליסה למבטיח לביטוח עובדו, לרבות ההצעה, הצהרת הבריאות, וכל נספח או תוספת המצורפים לו.
- 1.6. **הרשימה/דף פרטי הביטוח -** דף המצורף לפוליסה, המהווה חלק בלתי נפרד מהפליסה, והכול, בין היתר, את מספר הפליסה, פרטיים אישיים של בעל הפליסה, פרטי המבטיח, מועד תחילת תקופת הביטוח ותקופת הביטוח של המבוטח, דמי הביטוח, שם סוכן הביטוח במדידה וק"מ, הగבלות על הייקוף הכספי הביטוחי של מ寶וח מסוים לרבות חריגים בשל מצב רפואי במדידה וק"מ'ם, תוספות חיותומיות במדידה וק"מ'ות, וכו'ב. **דף פרטי ביטוח זה** מהווה את הסכם המבטיח בכתב לבטה את המבטיח שפרטיו רשומים בו בכיסויים הביטוחיים הרשומים על שמו, והכל בסיגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפליסה.
- 1.7. **מקרה הביטוח:** אירוע נסגרד בכל אחד מפרקי הפליסה, לפי העניין, בגין זכייה המבטיח לקבל מאת המבטיח תגמול ביטוח, הכל בכפוף לתנאים, לחרגים ולסיגים בפוליסה.
- 1.8. **תאריך תחילת הביטוח -** התאריך הנקבע ברשימה כתאריך תחילת הביטוח או המועד בו החלה שהייתו של המבוטח בישראל – המאוחר מביניהם.
- 1.9. **תקופת הביטוח -** התקופה שתחלתה בתאריך תחילת הביטוח ומשכה כל תקופת עבודהו של המבטיח בישראל, אולם ככל מקרה לא תעלה התקופה מתחתיתה על 12 חודשים מהתאריך תחילת הביטוח על פי הפליסה.
- 1.10. **ישראל -** מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל, יהודה ושומרון וחבר עזה, למעט השטחים המוחזקים ע"י הרשות הפלסטינית.
- 1.11. **חו"ל -** כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.
- 1.12. **חוק חוזה הביטוח -** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.

- .1.13. **חוק ביטוח בריאות -** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.
- .1.14. **התוספת השנייה -** התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות, הכללת ופרטת את סל שירותי הבריאות הנכינתיים במסגרת חוק ביטוח בריאות.
- .1.15. **המצו -** צו עובדים זרים (סל שירותי בריאות לעובד), התשס"א - 2001.
- .1.16. **חוק הביטוח הלאומי:** חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה – 1995.
- .1.17. **הממונה -** הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון.
- .1.18. **הסדר תחיקתי -** חוק הפיקוח על שירותי פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981, וכן התקנות והצווים שהותקנו או שיוטקנו מכוח חוקים אלה והוראות וחוורי הממונה, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והמבטח בהקשר לפוליסזה זו.
- .1.19. **מועד השירותים -** מוקד של המבטח או מי מטעמו שהוסכם עלי-ידו, הפועל 24 שעות ביום מהמשך כל ימי השנה, המשמש לקבלת וממן מידע, האפשרויות הקיימות לקבלית השירותים הרפואיים הנדרשים על פי הפליסזה – לרבות המקומות והשרות, אישור אשפוז בבתי חולים, טיפול בהחזרת נפגעים וגופות נפטרים לארצם וממן כל סיוע אחר הדרוש בהתאם לביטוח לפי פוליסזה זו.
- .1.20. **מדד המהירים לצרכן** (כולל פרות וירקות) המתפרקם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או כל מדד אחר המיוחד לשירותי הבריאות, שיובא במקומו, בין השהא בכך על אותן נתונים שעיליהם בניי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד המקורי, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס שבינו לממד המוחלט. הממד מותאם לממד הבסיסי של 100.0 וקוודט מוחדש ינואר 1959, כשהוא מחולק ל-1000.
- .1.21. **מדד יסודי -** המדד האחרון הידוע ב- 1 בחודש של מועד תחילת הביטוח.
- .1.22. **מדד קבוע -** המדד האחרון הידוע ביום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח או לנוטני שירותי רפואיים למבוטח, בהתאם לתנאי הפליסזה.

כל האמור בפוליסזה זו בלשון יחיד אף הרבים במשמעותו, כן להפוך וכל האמור במין ذכר אף מין נקבה במשמעותו להפן.

2. תקופת הפוליסזה

- .2.1. **אופן הצרפות לביטוח**
- .2.1.1. הצרפות המבוטח לbijoux תעשה לאחר הסכמת המבטחת בכתב לקבלתו לביטוח.
- .2.1.2. המבטחת תעבור הסכמתה לקבלית המבוטח לביטוח לאחר קבלת טופס בקשר הצרפות, חתום על ידי המועמד לביטוח, ומילוי הצהרת בריאות ולהילך חיותם אשר יקבע את תנאי קבלתם לביטוח, וזאת לשבעות רצונה של המבטחת והסכםנה. יובהר כי או מילוי אחד מהתנאים המפורטים לעיל לא יפגעו בדעתו של המבוטח לכיסוי ביטוחו לאחר קבלתו לביטוח.
- .2.2. הפוליסזה תכנס לתקופה החל מתאריך תחילת הביטוח וזאת לאחר הסדרת אמצעי התשלומים בגין הפליסזה.
- .2.3. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי הביטוח, ללא דרישת המבטח ולפni שהמבטח הסכים לבטוח את המועדם לביטוח, לא יחשב בתשלום כהסכם המבטח לנכירתה חוזה הביטוח. המבטח יחייב כספים אלה ששולמו בתוספת הצמדה וריבית כדיין, אם לא יצא הביטוח אל הפעול, תוך חדש לכל המאור.
- .2.4. דוחית ההצעה לביטוח או פניה למבטוח בהצעה נגדית לכיסוי ביטוחו תבוצע לכל היותר תוך שלושה חודשים מיום קבלת ההפקדה הראשונה אצל המבטח, או אם פנה המבטח לביטוח בבקשת להשלמת נתונים, תוך שיישה חודשיים מיום קבלת ההפקדה הראשונה אצל המבטח. אם המבטח לא דחה את ההצעה לביטוח, ולא הציע למבוטח הצעה נגדית לכיסוי ביטוחו, או אם הודיע למבטח על קבלתו לביטוח לפי תנאי ההצעה לביטוח בטור המועדים כאמור, לא יהיה המבטח רשאי לשנות את התנאים הקבועים בהצעה לביטוח עד תום תקופת הביטוח, בכפוף לתנאי הפליסזה. ארע מקרה ביטוח בטרם חזירה המבטחת למבטוח בהצעה נגדית או דחתה את הצעתו לביטוח, יהיה זכאי המבטוח לכיסוי ביטוחו וזאת במידה ולפי הוראות החיתום הרפואיי הקיימות אצל המבטחת לגבי מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, המבטחת תהיה מודיעה למבטח על קבלתו לביטוח אל מולא קרה מקרה הביטוח.

3. תקופת הביטוח

- .3.1. תקופת הביטוח תחול ביום הנקוב בדף פרטי הביטוח.
- .3.2. הגיל המרבי להצראות לפוליסזה הוא גיל 65. יובהר כי אין באמור לגראן מזכירות מבוטח שהມבטחת אישרה קבלתו לביטוח גם במידה ואזרוף לביטוח כshawlo מעל הגיל המרבי המפורט לעיל.
- .3.3. הכספי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבטוח ישתיים במוחו, או בתום תקופת הביטוח, או במועד ניתוק יחס' עובד מעביך – לפני המוקדם מבנייהם וזאת בכפוף לאמר בסעיף 7.2 להלן.

4. חובת גילוי

- 4.1. הביטוח על-פי פוליסה זו נעשה על יסוד המידע הכתוב, התשובות לשאלות והצהרות בכתב שנמסרו למבוטח על-ידי המבוטח /או על-ידי בעל הפוליסה.
- 4.2. הציג המבוטח למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת בכתב, שאליה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נוכנותו של מבוטח סביר לכՐתות את הפוליסה בכלל או לכՐתות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להסביר עלייה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלת גורפת הכוורת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה הסתרה בכוננות מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידוע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 4.2.1. ניתן לשאלת בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשיית המבוטח בתוך 30 ימים מהיום שנודיע לו על כך וכי עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולם بعد התקופה שלאחר הביטול, בגין הוצאות המבוטח, ישבו למשלם, zostת אם פעול המבוטח בכוננות מרמה.
- 4.2.2. קרה מקרה הביטוח לפני שנintelט הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבוטח חייב אלא בתגמולו ביטוח מופחתים בשיעור יחסית שהוא כיחס בין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמינו לבין דמי הביטוח המוסכמים. למחרת האמור לעיל המבוטח יהיה פטור מכל מחויבות בכל אחד מהmarker'ים הבאים:
- 4.2.2.1. התשובה ניתנה בכוננות מרמה.
- 4.2.2.2. מבוטח סביר לא היה מתקשר בביטוח צה, אף בדמי ביטוח רבים יותר, אילו ידוע את המצב לאמינו.
- 4.2.2.3. במקרה זה זכאי בעל הפוליסה להחזיר דמי הביטוח ששלים עד התקופה שלאחר קורת מקרה הביטוח, בגין הוצאות המבוטח.
- 4.2.2.4. סעיפים 4.2.2.1 לא יחולו בmarker'ים הבאים, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוננות מרמה:
- 4.3.1. המבוטח ידוע או היה עליו לדעת את המצב לאמינו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.
- 4.3.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדרה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חובת המבוטח או על היקף החבות.
- 4.4. כמו כן, המבוחחת אינה צריכה לתרופות האמורויות בסעיף 4.6 לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, zostת אם המבוטח או האדם שחיוו בותו פעולה בכוננות מרמה.

5. דמי הביטוח ודרך תשלום

- 5.1. דמי הביטוח ישולם למבוטח מראש על ידי בעל הפוליסה /או המבוטח אשר התחייב לשלם, לפני תחילת תקופת הביטוח ולמשך כל תקופת הביטוח, zostת אם הסכים המבוטח מראש ובכתב בדרך תשלום אחר.
- 5.2. אם דמי הביטוח ישולם בהוראת קבוע בנקאית או באמצעות כרטיס אשראי אשר ימסר על ידי בעל הפוליסה /או המבוטח למבוטח בתחלת תקופת הביטוח, רק צרכי חשבון המבוטח בבנק או בחברת כרטיסי האשראי יהווה את תשלום דמי הביטוח.

5.3. דמי הביטוח ישולם בשקלים חדשים כשהם ראויים למדד ממפורט להלן: דמי הביטוח שעיל בעל הפוליסה לשלם ישולם בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית/ירידת המدد הקבוע ביום התשלום בפועל לעומת המدد היסודי.

6. תביעות ותגמול בביטוח

- 6.1. בקרות מקרה ביטוח על המבוטח או בעל הפוליסה להודיע על כך למועד השירות של המבוטח מהר ככל שניתן.
- 6.2. במקרים בהם נדרש אישורו המוקדם של המבוטח, על המבוטח /או בעל הפוליסה לקבל על כך אישור בכתב.
- 6.3. היה מקרה הביטוח אשפוז עקב מצב רפואי מסוים אשר מנע/ו את המבוטח /או בעל הפוליסה הוודה מוקדמת למבוטח כמתחייב מתנאי הביטוח, יdag המבוטח /או בעל הפוליסה כי ההודעה על פניו הושירה לבית החולים תועבר בהקדם האפשרי למועד השירות של המבוטח.
- 6.4. במידה והmbotach לא פונה למבוטח לקבלת אישורו מראש, יופחתו **תגמולו** הביטוח עד לגובה הסכום שהיה המבוטח משולם, לו היה נמסרת לו הודעה מראש.
- 6.5. המבוטח ימסור למבוטח כתוב ויתור על הסודיות הרפואית המתיר לכל רפואי /או לכל גוף או מוסד רפואי או אחר בארץ או בחו"ל להעביר למבוטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והונוגע למבוטח.
- 6.6. המבוטח או בעל הפוליסה על-פי העניין, ימסרו למבוטח פרטי המתיחשים לתביעה וכן מסמכים רפואיים או אחרים הנדרשים למבוטח לשם בירור חבותו.

6.7. סודיות רפואי

- .6.7.1. כל מידע רפואי המתיחס למחלה בריאותו הגוף או הנפשי של המבוטח או לטיפול בו, וכל רשותה רפואית, לרבות תיקון הרפואי של המבוטח (להלן: "מידע רפואי"), יועבר ע"י המבוטח למבוטח. המבוטח לא ימסור מידע רפואי לידיעת מעסיק של המבוטח או לידיעת כל גורם אחר הקשור, במישרין או בעקיפין, להעסקתו של המבוטח אצל מעסיק, כגון לשכה פרטית כהגדרתה בסעיף 62 לחוק שירות התעסוקה, התשי"ט – 1959 (להלן: "הגורם הקשור להעסקה"), אלא אם כן נתן המבוטח הסכמה מדעת. המבוטח ינקוט אמצעים שיבטיחו קיומה של הוראה זו.
- .6.7.2. המבוטח לא יקבל טיפול ויתור על סודיות מידע רפואי של מבוטח, שעניינו הסכמה להעברת המידע האמור לידי המעסיק של אותו מבוטח או לידיעת הגורם הקשור להעסקה. מבוטח רשאי לקבל הסכמה מדעת כאמור, אם ניתנה בדרכים אחרות ובכלל שיוואดา בכל מקרה ומקרה כי קיבלת הסכמה זו לא נעשתה בדרך גורפת.
- .6.7.3. מבוטח הזכוק למידע רפואי מאת עובד זו לא יפנה למשaic של אותו עובד או לגורם הקשור להעסקה בבקשה לקבל עבור המבוטח את המידע הרפואי האמור, למעט במקרים של מצב חירום רפואי.
- .6.8. המבוטח יעמיד עצמו, אם ידרש לכך, לבדיקה רפואית עלי-ידי רופאים מטעם המבוטח ועל חשבונו של המבוטח, ובclud שהבדיקה תהיה סבירה. המבוטח יוכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסת בבית המשפט.
- .6.9. המבוטח ישלם את תגמולי הביטוח ושירות לנונן השירות.
- .6.10. המבוטח זכאי לקבל מהמבוטח לפי דרישתו כתוב התcheinות כספית לנונן השירות, אשר יאפשר לו לקבל שירות רפואי כמפורט בפרק הפוליסה ובclud שזכאותו על-פי הפוליסה אינה שנייה במחלוקת.
- .6.11. **מקרה ביטוח המכוסה מכוח החוק /או על ידי חברות ביטוח /או על-ידי צד שלישי**
- .6.11.1. הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שייפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבוטח מעת שישלים למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התוגמלים שישלים ומוביל לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילת מהאדם השלישי שייפוי מעיל לתגמומי ביטוח שקיבל על-פי פוליסזה זו.
- .6.11.2. היה המבוטח אחראי כלפי המבוטח יחד ולcheid עם המבוטח الآخر לגבי סכום הביטוח החופף ויחולו הוראות סעיף 59 לחוק חוזה הביטוח.
- .6.12. **היעדר אחירות המבוטח למעשי /או למחדריו של נוותני השירותים**
- .6.12.1. למבוטח לא תהא אחראית כלפי השירותים הרפואיים /או האחרים הניטרים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבוטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח /או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח /או הפניות על ידי המבוטח לנוותני שירותים רפואיים /או אחרים /או עקב רשלנות מקצועית של נוותני השירות.
- .7. **ביטול הפוליסה**
- .7.1. בעל הפוליסה רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח והבטול יכנס לתוקפו בהתאם להוראות ההסדר התחייתי עם קבלת הודעה עלי-ידי המבוטח.
- .7.2. לא שולמו דמי הביטוח במועד כאמור בסעיף 555 לעיל, היה המבוטח זכאי לבטל את הביטוח בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח.
- .7.3. המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל מקרה בו מוקנית לו זכות זו על-פי חוק חוזה הביטוח. לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלומם, בנוסף לפערונות בפועל עלי-ידי בעל הפוליסה. תשכ"א- 1961 וזאת מיום היוזכרות הפגיעה ועד לפערונות הצמדה, ריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה.
- .7.4. פסקו יחסיו עובד ומבעלי בין בעל הפוליסה למבוטח, יודיע על כך בעל הפוליסה למבוטח מידית והbijuto יבוטל ממועד הפסקת יחסיהם אלה וזאת בכפוף כאמור בסעיף 8.2 להלן.
- .7.5. חרף האמור בסעיף זה, אירע מקרה ביטוח שניינו קבלת טיפול בפועל, בהתאם להוראות פרק א', לפני ביטול הפוליסה, יהיה זכאי המבוטח לקבל השירות בגין מקרה הביטוח עד 90 ימים לאחר ביטול הפוליסה.
- .8. **הארמת הביטוח ורכף ביטוח**
- .8.1. המבוטח יאריך את תקופת הביטוח, לתקופות קבועות נוספות, מעבר לתקופה הנקבעה ברשימתה, אם ביקש זאת בעל הפוליסה /או המבוטח לפני תום תקופת הביטוח הנוכחיית, אך בכל מקרה לא תחרוג תקופת הביטוח המוארת מתוקופת הביטוח כמפורט בסעיף 1.8 לעיל.

8.2. פסקו יחסיו עובד ומעבד בין בעל הפוליסה למבוטח, במעבר בין מעבידים, יהיה המבוטח רשאי, בין בעצמו ובין באמצעות בעל פוליסה אחר, לחדש את הביטוח, לתקופה קצרה נוספת, ברצף ביטוח וללא חיתום חדש, ובלבד שיזדיע על כך תוך 90 יום ממועד הפסקת יחסיהם אלה, וישלם את חוב הפרמייה בגין תקופה זו.

תקופת הביטוח עברו המבוטח לא עלה, בכל מקרה, על תקופת הביטוח המקורי בסעיף 1.9 לעיל.

9. רמת השירות הרפואי

המבוטח מתחייב להעניק למבוטח פוליסה או את השירותים הרפואיים שבгинם זכאי המבוטח לכיסוי הוצאותיו לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, במשך זמן סביר, ובמקרה סביר מקום מגורי או מקום קורת מקרה הביטוח כאמור במדינה ישראל.

10. כרטיס מבוטח

המבוטח ינפיק לבעל הפליסה עבור כל עובד מבוטח כרטיס מבוטח שיכלול פרטיהם מזהים של המבוטח ובעל הפליסה, וכן מס' הטלפון של מוקד השירות של המבטח.

כרטיס זה ביצירוף דרכן או תעודה רשמית הנשאת את תמונה המבטח, ישמשו אמצעי ליזיהו המבטח ובדיקה זכאותו בעת קבלת השירות.

11. מוקד שירות

מוקד טלפוני מטעם המבטח, יתנו מענה למבוטחים בכל הקשור לנוטני השירותים, והוא פעיל 24 שעות ביום.

11.1. קבלת טיפול רפואי

מבוטח הזכוק לטיפול רפואי זכאי לפנות למקד השירות, אשר יdag להפניית המבטח לנוטן שירותים הסמור למקום הימצאו.

11.2. במקרה של מצב חירום רפואי רשאי המבטח לפנות שירות לבית חולים וידאג כי הודעה על כך תועבר בהקדם האפשרי למקד השירות.

12. הוכחת הגיל

על המבטח להוכיח את תאריך לידתו ע"י תעודה לשבעות רצונו של המבטח. תאריך לידתו של המבטח הוא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף 4 לעיל ובמקרה של מתן תשובה שאינה מלאה וכן העלמת עובדה בקשר לכך יחולו הוראות סעיף 4 לעיל.

13. קביעה בלתי חוזרת של מوطב

קביעה בלתי חוזרת של מوطב לגבי זכויות בפוליסה או מותנית בהסכמה מפורשת של המבטח, מראש ובכתב.

14. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמול ביטוח היא 5 שנים מיום קורת מקרה הביטוח. עילית תביעה שהינה נכונה מהתאונה, תימינה החל מהמועד בו קמה למבוטח הזכות לtauועג לתגמול ביטוח לפי פוליסה זו.

15. תחולת חוק חוזה הביטוח

הוראות פוליסה זו כפפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981. בכל מקרה של סתירה בין האמור בפוליסה לבין הוראות חוק חוזה הביטוח, יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח, אלא אם הותנה אחרת לטבות בעל הפליסה והמבטח בפוליסה זו.

15.1. כפל ביטוח

15.1.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבטח על מלא סכום תגמול הביטוח עד לגובה התקarra הקבועה בדף פרטי הביטוח, אף אם היה המבטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות לאחר מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצלו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

15.1.2. בפוליסות שתגמול ביטוח לפיהן מושלים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, ישאו המבטחים בנטול החיבור ביניהם לעצםם, לפי היחס שבין תקרות תגמול הbijutoch הנגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

15.1.3. הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבוטח מעת שישלים למבוטח תגמול ביטוח וכשיעור התגמולים שישלים בסעיף זה צד שלישי, לרבות קופות החוליםים.

15.1.4. המבטח אינו רשאי להשתמש בשערה אליה לפי פרק זה באופן שפגע בזכותו של המבטח לגבות מן הצד השלישי שיפוי מעיל לתגמול ביטוח שהיבטח מהມבטח.

15.1.5. עשה המבטח פשרה, ויתור או פعلاה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבוטח, עליו לפצותו בשל כך.

15.1.6. קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי בגין הוצאות המכוסות בפוליסת זו, בין מכוח חוזה ביטוח ובין שלא מכוח חוזה ביטוח, יהא המבוטח אכן לRDD את סכום השיפוי מסך תגמולי הביטוח מסווג שיפוי להם אכן המבוטח על פי פוליסת זו.

15.1.7. המבוטח לא יהא אכן לTAGMOI ביטוח נוספים מסווג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבוטח, בשל אותו מקרה ביטוח. ערך המבוטח למבוטח פוליסות נוספות כאמור, יחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הננספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח.

16. הודעות הצדדים

16.1. הודעת המבוטח למבוטח ו/או לבעל הפוליסת יינתנו לפי מעنم האחרון הידוע למבוטח.

16.2. הודעת בעל הפוליסת ו/או המבוטח למבוטח תינתן למשרדו כפי שצין עלי-ידו במסמכי הביטוח או לכל כתובת אחרת אליה ביקש המבוטח לשגר את הודעות בעל הפוליסת ו/או המבוטח.

פרק א' – CISCO לשירותי בריאות הנינטנים על פי חוק ביטוח בריאות

1. מבוא

פרק זה מעניק למבוטח את כל השירותים הבריאותיים הכלולים בצו, בהיקף הזכאות ותוך החרגת שירותי שיפורתו להלן: כל השירותים הכלולים בסל הטיפוליים המפורט להלן, אשר היקפו מועגן בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות כמשמעותו בזמן.

שירותי אשפוז פסיכיאטרי, בדיקות ושירותי בריאות נוספים, סל התרופות. סל שירותי בריאותם המנויים בתיקנות 2 ו- 5 לתקנות מס מקביל (שירותי בריאות בעבודה), התשל"ג – 1973, ואולם בכל מקום שנאמר "קופת חולים", יש לקרוא "המבחן הרפואי".

להסרת ספק יודגש, כי בנוסף לקבוע בחיריגים הכלולים בפרק המבואה, מתן שירותים רפואיים שיפורטו בפרק זה להלן, יהיו בכפיפות לתנאים מגבלים הנוגעים למצוות בריאות קודם, לפגיעה בעבודה, לאירועים ולנסיבות נוספים נספחים להלן, על מנת שבעל העובודה לשמה נתקבל עלי-ידי מעבידיו – בעל הפוליסת, וכן לתנאים ולנסיבות נוספים נספחים להלן, על מנת שבעל הפוליסת והמבוטח יהיו מודעים להיקף חבותו של המבוטח ולזכויות המבוטח על-פי פוליסת זו.

המבחן ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא עבור קבלת השירותים הרפואיים המפורטים להלן בפוליסת זו, אצל ספקים שירותי הקשורים בהסכם עם המבוטח, ואצלם בלבד, זולות אם נאמר מפורשות אחרת. להסרת ספק יובהר, כי קבלת אישור המבוטח במקרים בהם נדרש אישורו היהו תנאי מהותי לאחריות המבוטח על-פי פוליסת זו.

המבחן יהיה רשאי, לפי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, שירותים למי שספק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח כנדג' קבלות. את המסמכים והקבילות ניתן להציג גם באופן דיגיטלי.

2. הגדרות לפרק זה

2.1. **בית חולים** – מוסד רפואי המוכר ע"י הרשות המוסמכת בישראל והפועל כבית חולים כללי בלבד.

2.2. **בית חולים שבהסכם** – בית חולים הקשור בהסכם עם המבוטח למתן שירותי על-פי פוליסת זו.

2.3. **חדר מין** – אגף הצמוד חלק בלתי נפרד לבית חולים כללי בו שוהה המבוטח בטרם אשפוץ בבית החולים ו/או שוחרר לביתו.

2.4. **הוצאות אשפוז** – כל הוצאות בגין אשפוז בבית חולים שבהסכם לתקופה העולה על 24 שעות, עבור הטיפול הרפואי הנitin בעת האשפוז ובמהלכו לרבות שכר רופא מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות טיפול נמרץ, וכן עבור בדיקות ותרופות המותבצעות והניתנות במהלך האשפוז.

2.5. **הוצאות שלא בעת אשפוז** – כל הוצאות בגין השירותים הרפואיים הנינטנים למבוטח שלא בעת אשפוז עלי-ידי נתני שירותי הקשורים בהסכם עם המבוטח למtan שירותי על-פי פוליסת זו, והקבועים בתוספת השנייה לחוק הבריאות, למעט כל הוצאות שהוחרגו בצו ובתנאי פוליסת זו.

2.6. **רופא** – מי שהוסמך על-ידי הרשות המוסמכת בישראל או בחו"ל לעסוק ברפואה בישראל, בין רפואי ראשי ובין רפואי שניוני (רפואת מומחים).

2.7. **רופא ראשי** – רופא כללי, שאינו מומחה, או רופא מומחה ברפואת משפחה או רפואי פנימי או רפואי גינקולוג, הקשור בהסכם עם המבוטח למtan שירותי על-פי פוליסת זו.

- .2.8 **רופא מומחה -** רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשות הבריאות במדינת ישראל ובכלל שתוחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול הרפואי (מלבד רפואי משפחתי או רפואי פנימי או גינקולוגיה), הקשור בהסכם עם המבטח למטען שירותים על פי פוליסה זו.
- .2.9 **רופא הסכם -** רופא הקשור בהסכם עם המבטח למטען שירותים על פי פוליסה זו.
- .2.10 **ARIOUR רפואי -** מחלה או תאונת שרارة לਮבוטח במשך תקופת הביטוח למעט מחלת או תאונה שהוורגו /או הוגבלו בפוליסה זו. במידה ומדובר במצב רפואי קודם, יחול האמור בסעיף 5.3 בפרק זה להלן.
- .2.11 **מצב חירום רפואי -** נסיבות שבהן מבוטח מצוי בסכנה מידית לחיו או קיימת סכנה מידית כי תיגרם למבוטח נכות חמורה כתוצאה הפיכה, אם לא ינתן לו טיפול רפואי דחוף.
- .2.12 **ASFPODALKTIVI -** אשפוז שהוצרך בו היה צפי, ואשר קיבלתו של המבטח לבית החולים לצורך ביצוע ניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחרד מין כמקרה דחוף אלא שהמבוטח הופנה לאשפוז על ידי רופא מומחה מרפאה (לרבבות מרפאת חוץ בבית החולים).
- .2.13 **מבחן אבחון -** מבחן המבצע בדיקות EG, EMG, אודiomטריה, ארגומטריה, הקשור בהסכם עם המבטח למטען שירותים על פי פוליסה זו.
- .2.14 **מבחן דימות -** מבחן רנטגן, אולטרה סאונד (US), רפואי גרעינית, טומוגרפיה ממוחשבת (CT) ואקוגרדיוגרפיה, הקשור בהסכם עם המבטח למטען שירותים על פי פוליסה זו.
- .2.15 **מקרה ביטוח -ARIOUR או מצב רפואי בעקבותיהם נזק המבטח לשירותים הכלולים בסעיף 4**
- .2.16 **סל תרופות -** כל התרופות הכלולות בצו בטוח בריאות כללתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), התשנ"ה – 1995, כשיוני זמן בזמן, בעת קרות רפואי המוגדר כמקרה ביטוח ביטוח על-פי הפוליסה.
- .2.17 **בית מרכחת -** מוסד מורשה על פי דין למוכר ולשוק תרופות לציבור הרחב, הקשור בהסכם עם המבטח למטען שירותים על פי פוליסה זו.
- .2.18 **התשלומים הנרגוג -** תשלומים, לרבות ערבות או פיקדון, אשר על המבטח לשולם, בתמורה לקבלת שירותים קבוע בפוליסה זו, ושנקבע בתוספת השניה או השלישייה לחוק ביטוח בריאות, או בהודעה בדבר תנאים ותשלומים שננתנה המדינה לפרט במועד הקבוע לפי חוק ביטוח בריאות או בהצעת קופת חולמים לפי סעיף 8(א1) לחוק ביטוח בריאות שאושרה לפי סעיף 8(א2) לחוק, ואם היו בהוראות האמורות תשלומים שונים לאותו שירות – הגבואה מביניהם.
- 3. הנחיתות לקבלת השירותים לפי הפוליסה**
- .3.1 **רפואה ראשונית**
- מבוטח הזכוק לרופא כללי, שניינו מומחה, או רופא מומחה ברפואת משפחה או רופא פנימי או רופא גינקולוג יוכל לפנות לכל רופא הקשור בהסכם עם המבטח למטען שירותים על פי פוליסה זו ללא צורך באישור המבטח.
- .3.2 **רפואה לא ראשונית**
- מבוטח הזכוק לרופא מומחה יוכל לפנות לכל רופא מומחה הקשור בהסכם עם המבטח למטען שירותים על פי פוליסה זו בתנאי שיופנה לכך בכתב על-ידי רופא ראשוני או יופנה על-ידי מוקד השירות.
- .3.3 **מכונים רפואיים**
- מבוטח הזכוק לבצע בדיקות במיכון דימות או במיכון אבחון כמוגדר לעיל / או במיכון גסטרואנטROLגי / או לבדיקות מעבדה יפנה למועד השירות לקבלת אישור לביצוע הפעולה / או הפעולות הנ"ל במכוונים היקשורים בהסכם עם המבטח למטען שירותים על פי פוליסה זו, לאחר שיופנה אליהם בכתב על-ידי רופא ראשוני או רופא מומחה.
- האישור או ההודעה על הסירוב ניתנו תוך זמן סביר אך לא יותר מ- 7 ימים ממועד בקשת הרופא המתפל (הריאוני או המומחה), ובכל מקרה משך האישור לא יסכן את המבטח / או יפגע בסביבות הטיפול שהוא זכאי לו לפי הצעו.
- .3.4 **ASFPODALKTIVI -**
- קביעת הצורך באשפוזALKTIVI תעשה על-ידי רופא ראשוני / או רופא מומחה המתפל /ים בموافחו.
- האישור או ההודעה על הסירוב ניתנו תוך זמן סביר אך לא יותר מ- 7 ימים ממועד בקשת הרופא המתפל (הריאוני או המומחה), ובכל מקרה משך האישור לא יסכן את המבטח.
- .3.5 **חדר מין -**
- מבוטח הזכוק לשירותי חדר מין באחד מבתי החולים הכלליים בישראל כמפורט בסעיף 4.1 להלן יהיה זכאי לפנות לאחד מחדרי המין ללא כל צורך באישור מוקדם כלשהו.
- פניות המבטח לחדר מין בכל מקרה אחר תחייב את המבטח להציג אישור מוקדם מהרופא המתפל בו (בין אם ראשוני ובין אם מומחה).
- .3.6 **בתי מרכחת -**
- מבוטח הזכוק לתרופות המכווצות על-פי פוליסה זו, יוכל לקבל את התרופות נגד מרשם רפואי שיינתן לו על-ידי רופא ראשוני / או מומחה הקשור בהסכם עם המבטח למטען שירותים על פי פוליסה זו ובבתי מרכחת שבהסכם עם המבטח.

- 3.7. **השתתפות עצמית -** המבпуск זכאי להتنוט את מתן השירותים על פי פוליסה זו בתשלום השתתפות עצמית על ידי המבпуск בגין התשלום הנוהג כמפורט בסעיף 2.18 לעיל. גובה ההשתתפות העצמית יהיה זהה לתשלום הנוהג הישים ביום קבלת השירות הרלוונטי. התשלום העצמית תציג על גבי כרטיס המבпуск, במידת האפשר, תשלום לפני קבלת השירות ותהוו תנאי מוקדם לקבלתתו.
4. **המצאות אשפוז בבית חולים שהסכם בישראל כמפורט לעיל:**
- 4.1. **שירותי חדר מין בכל אחד מבתי החולים הכלליים בארץ (ולא רק בבית חולים שהסכם) בכל אחד מהמקרים הבאים:** כל שבר חדש; פריקה חריפה של כתף או מפרק; פצעה הדורשתஇיחוי עליידי תפירה או אמצעיஇיחוי חלופי; שאיפת גוף זר לדרכי הנשימה; חדרת גוף זר לעין; טיפול במחלת הסרטן; טיפול במחלת הממופליה; טיפול במחלת סיסטיק פיברוזיס; פינוי באمبולנס לחדר מין מרחוב או מקום ציבור אחר, עקב אירוע פתאומי; הפניה הסתימית באשפוז שניים לפחות;
מצב חירום רפואי.
- 4.2. **שירותי אשפוז שנינו למבпуск בבית חולים ממופורט בסעיף 4.1 לעיל** תכוף לאחר פניה לחדר המין של אותו בית חולים, אם נעשתה במקרים המפורטים בסעיף 4.1 לעיל.
- 4.3. **שירותי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.**
- 4.4. **המצאות שלא בעת אשפוז**, בהתאם למפורט בסעיף 2.5 לעיל. שירותים אלה ינתנו למבпуск אך ורק במצב חירום רפואי כמפורט לעיל ולתקופה שלא עולה על 60 ימים לתקופת העסקה אחת. לעניין זה, "תקופת העסקה אחת" - מלאה התקופה, אף אם אינה רצופה, שבה התקיימו יחסי עבודה-עובד, בין מעביד מסוים לבין המבпуск. הוצאות רפואיות עבור בדיקות/ות רופא הסכם כמפורט לעיל, בבדיקות מעבדה, צילומים המבוצעים במכון אבחון כמפורט ו/או במכון דימות, לרבות של שירותי עבודה ותרופות כמפורט אשר ניתנו למבпуск שלא בעת אשפוז, ולרבות יתר השירותים הרפואיים הכלליים בցו, באמצעות נתני שירותים הקשורים בהסכם עם המבпуск ועל-פי הנחיותיו.
- 4.5. **שירותים רפואיים נוספים**
- 4.5.1. בדיקת מי שפיר לנשים מעל גיל 35 בתחלת ההריון, בכפוף להוראות הקבועות בנושא הרין בסעיף 4.7 להלן.
- 4.5.2. חיסונים נגד צפדית,คลבת, קרmeta.
- 4.5.3. בדיקות מנטו וצילום ריאות.
- 4.5.4. CISASOT גלגים ולהילכנות.
- 4.6. **תרופות**
- 4.6.1. **כל השירותים המנויים בצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), התשנ"ה-1995, כשיוני זמן לזמן;** תרופות שנרכשו על פי הוראות חופה ועל פי מרשם רפואי, **למעט התרופות אשר הוחרגו בפוליסה זו ובתנאי כי נרכשו בבית רפואי הקשור בהסכם עם המבпуск כאמור לעיל.**
- 4.7. **שירותי בריאות לאישה בהריון**
- 4.7.1. המבוטחת הזכקה לשירותים המפורטים לעיל בגין היותה בהריון תהיה זכאית לקבלם אך ורק אם התקיימים לגביה אחד התנאים הבאים:
- 4.7.1.1. המבוטחת הייתה עובדת אצל בעל הפוליסה /או אצל מעביד אחר תקופה העולה במצטבר על 9 חודשים.
- 4.7.1.2. המבוטחת זקקה לשירותים הרפואיים הכלליים בפוליסה זו מחמת מצב של חירום רפואי כמפורט לעיל.
5. **חריגים לפנק זה**
- 5.1. **המבпуск לא יהיה אחראי ולא יהיה LIABLE לתשלום תגמולי ביטוח על פי אחד או יותר מפרק הפוליסה אם מקרה הביטוח הינו תוצאה שירה ו/או מקרה הביטוח נבע מ:**
- 5.1.1. **מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח. סיג זה יכול לגבי כל מבוטחת פעם אחת בתקופות ביטוח רצופות (במועד בו הסתיים לגבי לאחרונה הכספי הביטוחי), ויחול מחדש בכל פעם בה הatzref מבוטחת לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.**
- 5.1.2. **תאונת דרכים כקבוע בחוק הפסיכים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1975.**
- 5.1.3. **פעולה ו/או פעולות איבאה, כהגדרתה בחוק התגמולים לנפגעים פעולות איבאה, התש"ל - 1970, אם המבוטח הוא "נפגע" כהגדרתו באותה חוק.**
- 5.1.4. **מתן שירותי מכל מין וסוג שהוא מוחוץ לישראל (בין אם מקרה הביטוח ארע בישראל ובין אם ארע מחוץ לה).**

.5.1.4. אי כישור לуйודה אשר לשמה בא המבוטח לעובדה בישראל, בכפוף לקבוע בסעיף 6 בפרק זה.
.5.1.5. פגעה בעובדה בכפוף לקבוע בסעיף 7 בפרק זה.

.5.2. המבוטח לא יהיה אחראי ולא חייב לשלם תגמולו ביטוח על פי אחד או יותר מפרק הpolloesa אם מקרה הביטוח הינו:

.5.2.1. מסגרת סל הטיפולים:
 .5.2.1.1. שירותים פסיקולוגיים.
 .5.2.1.2. טיפולים ביום המלא הניתנים לחולי פסוריואדים.
 .5.2.1.3. בדיקות גנטיות.
 .5.2.1.4. אשפוז סיוע או שירות סיוע אחרים.
 .5.2.1.5. שירותים לטיפול בעובדות אין אוננות, הפרעות בתפקוד מיני, פוריות הגבר או האישה, וכן טיפול הפריה מלאכותית או הרעה מלאכותית.
 .5.2.1.6. שירותים הניתנים מחוץ לישראל.

.5.2.2. במסגרת סל התרופות:
 .5.2.2.1. תרופות לטיפול במחלות אלצ'הימר.
 .5.2.2.2. תרופות המיעדות לטיפול בעובדות אין אוננות, הפרעות בתפקוד המיני, פוריות הגבר או האישה, וכן הנינתנות במסגרת טיפול הפריה מלאכותית או הרעה מלאכותית.

.5.3. מצב רפואי קודם:
 .5.3.1. המבוטח לא יהיה זכאי לשירותי בריאות כמפורט בpolloesa זו אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בגין נזק לשירותי הבריאות, נובע מצב רפואי שקדם למועד יום תחילת תקופת הביטוח על פי פוליסה זו (להלן: "מצב רפואי קודם") ו/או קדם למועד הראשון שבו הסדריר בעבורו מעביר קלשחו בישראל ביטוח רפואי (להלן: "המועד הראשון") ואמנם נתקיים אחד משני אלה:
 א. המבוטח אישר כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה הוא נזק לשירות נובעת במצב רפואי קודם.
 ב. רופא אישר על-פי הממצאים שלפניו כי הבעיה הרפואית שבשלה נזק המבוטח לשירות נובעת במצב רפואי קודם.
אם שהה המבוטח מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן: "שהיה"), תקופה או תקופות העולות על 90 ימים רצופים, או על 120 ימים רצופים אם השהייה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביר – יראו כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר השהייה שבו היה העובד מבוטח בביטוח רפואי.

.5.3.2. על אף הקבוע בסעיף 5.3.1 לעיל, אם חלפו 3 שנים מיום תחילת הצע או מהמועד הראשון, המאוחר מבין השניים, לא יהולו לגבי המוגבלות שמצוינו לעיל.

.5.3.3. על אף האמור לעיל, לא תוגבל זכותו של המבוטח לקבל שירות רפואי בריאות כאמור בפרק זה, להם הוא נזק במצב חירום רפואי הנובע במצב רפואי קודם, לשם י Cobb מצבו הרפואי עד למצב המאפשר המשך הטיפול בו מחוץ לישראל, או להגביל מתן שירות רפואי בריאות אחרים לו עקב מצב רפואי קודם בתקופה 30 הימים שלאחר אישור הרופא כאמור או הקביעה בדבר י Cobb מצבו הרפואי כאמור.

.5.3.4. במקרה שבו הוגבלה זכותו של המבוטח לשירותי רפואי בישראל בשל מצב רפואי קודם, ישלם המבוטח תשלום מלא ההוצאות הקשורות לטיסתו לישראל בכל מקרה שבו מחייב מצב הרפואי ליווי או סידורים מיוחדים אחרים בעת הטיסה.

6. כישורת המבוטח לעובדה
6.1. קבוע רופא כי המבוטח אינו כשיר לבצע את העבודה אשר לשמה התקבל אצל מעבידיו, וכי לא יהיה כשיר לבצע בתוך פרק זמן של 90 ימים מן המועד שבו נבדק על ידו, אף אם ינתן לו הטיפול הרפואי שהוא נזק לו, לא יהיה המבוטח זכאי אלא לשירותים רפואיים שהוא נזק להם במצב חירום רפואי לשם י Cobb מצבו הרפואי, עד למצב המאפשר המשך הטיפול בו מחוץ לישראל וכן לשירותים רפואיים אחרים שהוא נזק להם בתקופה 30 הימים שלאחר קביעת הרופא כאמור או הקביעה בדבר י Cobb מצבו הרפואי כאמור.

6.2. במקרה שבו הוגבלה זכותו של המבוטח לשירותי רפואי בתפקידו בשל אי כישורת כאמור בסעיף 6.1 לעיל, ישלם המבוטח תשלום מלא ההוצאות הקשורות לטיסתו לישראל לרבות ליווי או סידורים מיוחדים אחרים בעת הטיסה.

7. פגיעה בעובדה

7.1. ארען למבוטח מקרה ביטוח המהווה פגעה בעובדה כמשמעותה בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה – 1995, יהא בעל הpolloesa, מעבידיו של המבוטח, חייב למלא טופס ב.ל. 250 המועד לכך ולהעבירו לביטוח הלאומי ללא כל דיחוי. לא

- מילא בעל הpolloise טופס כנ"ל, יהא המבטח, במידה וישא בתשלומים בגין שירותים רפואיים עקב פגיעה בעבודה, זכאי לשובב מאת בעל הpolloise כל סכום שללים עקב אי מילוי הטופס הנ"ל והעברתו למוסד לביטוח לאומי.
- 7.2. השירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות שלפי צו זה, לא ינתנו לעובד, אם נזקק להם עקב פגיעה בעבודה, כמשמעותה בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, בלבד שהמעביד אישר, בטופס שקבע המוסד לביטוח לאומי ושמיעוד לכך (להלן - טופס פגיעה) כי האמורה היא פגיעה בעבודה.
- 7.3. נתן המעבד טופס פגעה ומוסד לביטוח לאומי לא קבוע, בעוד שלושה חדשים ממועד הפגיעה, כי היא פגעה בעבודה, ניהול הביטוח הרפואי על שירותי שניתנו לעובד עקב אותה פגעה, בעוד שלושת החודשים, אף אם ניתנו שלא בידי נוטן שירותים מטעם המבטח הרפואי, ולאחר שלושת החודשים, בכפוף להוראות סעיפים 7.2 ו- 7.3 לעיל, כל עוד לא קבוע המוסד לביטוח לאומי כי היא פגעה בעבודה.

8. ניהול תביעות ותשלומים תגמולי ביטוח:

- 8.1. **דוחיתת תביעה עקב מצב רפואי קימם.** יש לקבל אישור רפואי כי הבעיה הרפואית בשלה נזקק מבוטח לשירות, נובעת ממצב רפואי קודם, וכן יש לקבל אישור רפואי כי מבוטח הגיע ליציבות מצבו הרפואי.
- 8.2. קביעת רפואי בדבר אי כשירות מבוטח לעובdetו, אף בהינתן לו טיפול רפואי – תעשה בידי רופא מומחה לרפואה תעסוקתית.
- 8.3. דרש המבטח מהמבוטח לעבור בדיקת רפואי מומחה מטעמו, תהיה הבדיקה במימון המבטח, ובblast שהבדיקה תהיה סבירה. המבטח יכול לעזב לבקש למצות את צוותי המוקנות לו מכח הpolloise בית המשפט.
- 8.4. המבטח ימסור למטופל דעת הרופא המומחה, בצוירף הודעה בדבר זכאות המבטח לקבלת חוות דעת נגדית מרופא שבחר כאמור בסעיף 3 להלן ובצירוף פרטיו גופים או ארגונים העשויים לסייע לו במימושה, שניתנו את הסכמתם לכך; המבטח זכאי לקבל חוות דעת נגדית מרופא מומחה שבחר אשר תימסר למבטח בתוך 21 ימים מיום שהhabiוטח קיבל את חוות דעת הרופא המומחה מטעם המבטח.
- 8.5. שכר הרופא המומחה מטעם המבטח ישולם בידי המבטח, בשיעור שקבעו המנהל הכללי של משרד הבריאות והמונה (להלן - השכר הקבוע);
- 8.6. נחלקו בדעתיהם שני הרופאים המומחים כאמור, ימונה רפואי מצרים עליהם, במימון המבטח ודעתו תקבע; לא הגיעו הצדים להסכמה על רפואי, ימונה רפואי מצרים בראש האיגוד של ההסתדרות הרפואיים בישראל (להלן - ההסתדרות) העוסק בענף הרפואי הנוגע למחלת המבטח, ולענין קביעת אי הקושר לעובdet אף בהינתן טיפול רפואי - בידי ראש האיגוד לרפואה תעסוקתית של ההסתדרות (להלן - הרופא המכירע), חוות דעתו היא שתקבע; לא מינה ראש איגוד רפואי מצרים בתוך 15 ימים משנה אליו המבטח, ימונה הרפואי המצרים בידי המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיכו לכך; שכרו של הרופא המכירע יהיה השכר הקבוע והוא ישולם בידי המבטח.
- 8.7. על אף האמור לעיל, אם קבוע מנהל המחלקה בבית חולים, שבה מאושפז המבטח, או סגן מנהל המחלקה - בהיעדר המנהל - יקבע לרופאי קודם כאמור בסעיף 5.3 לעיל או אי כשירות כאמור בסעיף 6 לעיל, אמורה לירופא לפסיק זכאות המבטח לשירותי בריאות, הוא לא הגיע עדין ל'יציבות מצבו הרפואי', תהיה קביעתו קובעת כל עוד לא נקבע אחרת, בין בידי מנהל המחלקה או סגנו כאמור ובין לפ' הוראות סעיף זה.
- 8.8. הזכאות לשירותים לפי סעיפים 6 ו 7 לעיל לא תופסק ושולשים הימים האמורים באותה פסקאות לא ימננו, אלא מוסעד האישור הסופי או הקביעת הסופית שניתנו לפי סעיף 8.2 לעיל אליהם לא יראו כסופית קביעת כאמור בדבר 'יציבות מצבו הרפואי' של המבטח, משניתנה קביעת כאמור בסעיף 6.1.

פרק ב' - הוצאות מיוחדות

הכיסוי בפרק זה הינו בנוסף לכיסוי בפרק א'.

1. המבטח ישלם הוצאות מיוחדות בעקבות אירוע רפואי המוגדר כמרקחה ביטוח בפרק א', כדלקמן:
1.1. **העברת גופה:** במרקחה מותן של המבטח הוצאות העברת גופתו לישראל לארכז מוצאו, עד לסכום מרבי של 15,000 ש"ח.
- 1.2. **טיפול חירום בשניינים:** טיפול חירום בשניינים שבוצע באחת מרפאות השניינים הקשורות בהסכם עם המבטח במרקחה שהhabiוטח נדרש לטיפול זה כעזרה ראשונה בלבד, ועד לסכום מרבי של 800 ש"ח לשנת ביטוח.
- 1.3. **טיפול חירום בן משפחה קרוב לישראל:**
1.3.1. אושפז המבטח במסיבות המזכotas אותו בקבלת שירותי בריאות על פיpolloise זו לצורך קיום הליך כירוראי חרורני הכרוך באשפוז העולה על 10 ימים או שהרופא המתפל קבע, כי ח"י המבווטח בסכונה, ישלם המבטח לבן משפחה קרוב עלות רכישת כרטיס טיסה ונסעה למקום אשפוז בישראל של המבווטח עד לסך של 6,000 ש"ח ועלות שהיה של עד 10 ימים במלון עד לסך מרבי של 180 ש"ח ליום.

1.3.2. התחייבות המבטיח לפי סעיף זה מותנית בכך שCarthy הנסעה וידורי השהייה במלון הן הוצאות סבירות אושרו על ידי המבטיח בכתב ומראש. לא פנה המבטיח למבטיח לצורך קבלת אישור להוצאות כאמור לעיל, יהא רשאי המבטיח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבטיח לגובה הסכום שהוא משלם המבטיח לו היה פונה מרأس המבטיח למבטיח לבקשת אישור כאמור.

2. חריגים לפיק' ב':

הmbטח לא יהיה אחראי על פי פרק זה אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקבות עלי ידי או עקב:

- 2.1. פצעה עצמית מכוונת, או ניסיון להתאבדות, בין שהmbטח בסמוך לעלי ידי המבטיח בדעתו או לא.
- 2.2. אלכוהוליזם או שימוש בסמים לעלי ידי המבטיח, אלא אם כן נתנו על פי הוראת רופא.
- 2.3. מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקבות פעילות אלימה מסווג פשע או עונן בה השתתף המבטיח.
- 2.4. מלחמה או פעולה מלחמתית של כוחות עמיים-סדירים או בלתי סדירים.
- 2.5. פעולה חבלה או טרור מכל סוג שהוא, אם זכאי המבטיח לביצוע מגורם ממשלת.
- 2.6. טיסת המבטיח בכלי טיס כלשהו פרט לטיסת המבטיח בכל טיס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.
- 2.7. השתתפות פעילה של המבטיח בצלילה תת-ימית, בצלילה, בצד.
- 2.8. שימוש בחומר נפץ.
- 2.9. סיון עצמי במתכוון, פרט להגנה עצמית והצלת נפשות.
- 2.10. מקרי תאונה כתוצאה מיתוחים, כולל יתוחים קלים.
- 2.11. תאונת דרכים כהגדرتה בחוק הפיזיים לפגעי תאונת דרכים התשל"ה- 1975 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 2.12. תאונת עבודה ממשעה בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשכ"ח 1968 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

פרק ג' - כיוסי לאובדן כושר עבודה- לעובדים בעלי רישיון לעובדה בענף הסיעוד בלבד

1. הגדרות לסעיף זה:

מבטיח זכאי- מבטיח בביטוח זה שהינו עובד בענף הסיעוד, אשר החלו למעלה מ- 10 (עשר) שנים מאז קיבל לרשותו רישיון לישיבת ביקור לצורך עבודה בענף הסיעוד (להלן: הרישיון).

2. מקרה הביטוח

mbטח זכאי כהגדרתו בסעיף 1 בפרק זה, שנמצא על ידי מומחה לרפואה תעסוקתית בלתי כשיר לבצע את עבודתו מסיבות רפואיות בהתאם למפורט בסעיף 6.1 בפרק א' (כיוסי לשירותי בריאות הניתנים על פי חוק ביטוח בריאות) היה זכאי לקבלת תגמול ביטוח כמפורט בסעיף 3 להלן, וזאת בתנאי שימושו את זכאותו לטיסה חזרה לארצו כאמור בסעיף 6.2 בפרק א'.

3. תגמולי הביטוח

- 3.1. המבטיח ישלם לעובד זכאי שארע לו מקרה ביטוח כמפורט בפרק זה, פיצוי חד-פעמי מיוחד בסך 80 אלף שקלים חדשים (80,000 ש"ח) וזאת בתנאי שימושו את זכאותו לטיסה חזרה לארצו כאמור בסעיף 6.2 בפרק א'.
- 3.2. הזכאות לפיצויי תעול רף לגבי מבטיח שבמועד קביעת המומחה כי אינו כשיר לעבודתו - בהתאם למפורט בסעיף 6.1 בפרק א', היה בידו רישיון תקף לישיבת ביקור לצורך עבודה בענף הסיעוד או שהיה בידו רישיון כאמור במועד כלשהו במהלך תקופה 12 החודשים שקדמה לקביעת הרופא כאמור.



MenoMedic TOP
11/2021

מוקד שירות אוכלוסיות זרות טלפון: 03-7107460 פקס: 153-747049338	כתובת דואר האלקטרוני של החברה: moked-health@menora.co.il	כתובת למשלו דואר: תחום בריאות ת.ד. 927 תל אביב 6100802	כתובת אתר החברה: www.menoramivt.co.il
--	--	---	--

גילי נאות - תמצית תנאי הביטוח **MenoMedic TOP**

תמצית פרטי הpolloisa

סעיף	תנאים
1.	שם הביטוח MenoMedic TOP
2.	סוג הביטוח ביטוח בריאות לעובדים זרים
3.	תקופת הביטוח התקופה המצוינת בדף פרטי הביטוח שלא עולה על 12 חודשים מתאריך תחילת הביטוח על פי הpolloisa כמפורט בסעיף 1.9 להipplesה
4.	תיאור הביטוח ביטוח בריאות המיעוד לעובדים זרים במסגרתו זכאי העבד הדור לשירותי בראיות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי . ביקור רפואי לביטוח המבוטח 24 שעות ביום, רכישת תרופות, שירותי עזרה ראשונה ברפואת שניים, טיפול רפואי כללי / ראשוני, טיפול מומחים, ביצוע בדיקות אבחניות, שירותי בריאות לאישה בהריון מימון הוצאות אמבולנס, שירותי חדר מיון, הוצאות אשפוז בבית חולים, שירותי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי וזאת באמצעות נתן השירות שב הסכם. בנוסף קיימים היליטים הבאים- פינוי המבוטח לאرض המוצא, העברת גופת המבוטח לאرض המוצא.
5.	הpolloisa אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בpolloisa) מצב רפואי קודם- כמפורט בסעיף 6 המקרים המפורטים להלן: פרק א'- סעיף 5 פרק ב'- סעיף 2 פרק ג'- סעיף 5
6.	דמי הביטוח בהתאם למפורט בדף פרטי הביטוח

תמצית תיאור הכספיים בכתוב השירות

שם הכספי	תיאור הכספי	הסכום המksamימי שנייתן ל深交
כספי לשירותי בריאות הנิตנים על פי חוק ביטוח בריאות	כל השירותים הכלולים בסל הטיפולים אשר היקפו מעוגן בתוספת השניה לחוק ביטוח בריאות – הוצאות רפואיות בעת אשפוז/ שלא בעת אשפוז, סל התרופות. סל שירותי בעבודה – אצל נתני שירות בלבד בהתאם למפורט בסעיף 4 פרק א'	לא רלוונטי
פינוי המבוטח לאرض המוצא	הכספי כולל: מימון הוצאות טיסה חזרה לאرض המוצא להמשך טיפול מחוץ לישראל בגין מחלה קודמת /או בגין אי כשרות בעבודה. בנוסף, זכאי המבוטח לילוי רפואי /או סיורים מיוחדים אחרים בעת הטיסה במידה ומצבו הרפואי מחייב זאת.	
העברה גופת המבוטח לאرض המוצא	הכספי כולל: כספי להוצאות העברת גופת מישראל לאرض המוצא	
פיקחי חד פעמי לעובד בענף סיעוד לעובד ג' לפוליסה סיעוד	פיקחי חד פעמי לעובד בענף הסיעוד בעל וותק של 10 שנים ומעלה שנמצא בלתי כשר מסיבות רפואיות לבצע את עבודתו ומימוש את הזכות לטיסה חזרה לארצו כמפורט בפרק ג' לפוליסה.	80,000 ש"ח

התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בפוליסה