

ביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי מכון התקנים
הישראלי
ובני משפחותיהם

פברואר 2020

תוכנית הביטוח הייחודית לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מכון התקנים ובני משפחותיהם

מכון התקנים שמח להציג בפניכם את תוכנית ביטוח הבריאות הקבוצתית אשר גובשה במיוחד עבור עובדי המכון ובני משפחותיהם. התוכנית הינה מקיפה וכוללת, ונותנת מענה לבעיות בריאותיות אשר עלולות להתעורר בעתיד, בעיות אשר קופות החולים נותנות להן מענה חלקי אם בכלל.

בבניית התוכנית הושקעו מאמצים רבים על מנת שתכלול מענה ביטוחי נכון והולם עבורנו. התוכנית נבנתה בשיתוף עם ועד העובדים ובסיוע של חברת יועצים חיצונית "ווי.די.בי יועצים", אשר תמשיך ללוות את התהליך לאורך כל הדרך. הפניקס נבחרה להיות החברה המבטחת.

בחוברת זו תמצאו מידע שימושי על התוכנית, תנאי התוכנית המלאים והנחיות כיצד למצות את מלוא הזכויות הקיימות בתוכנית.

שלכם בברכת בריאות טובה,

הנהלת מכון התקנים

וועד עובדי מכון התקנים

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
14	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
	פרקי הפוליסה:
32	פרק א' - השתלוח ו /או טיפולים מיוחדים בחו"ל
37	פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
	פרק ג' - ניתוחים:
40	מסלול 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם 5,000 ₪ השתתפות עצמית
44	מסלול 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
51	פרק ד' - ניתוחים בחו"ל
54	פרק ה' - שירותים אמבולטוריים בישראל
58	דף רשימה

תמצית תנאי הביטוח – מכון התקנים הישראלי

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מכון התקנים הישראלי ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	מכון התקנים הישראלי ח.פ. 500500137
סוג הביטוח	השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית 5,000 ₪ ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ניתוחים בחו"ל שירותים אמבולטוריים בישראל
תקופת הביטוח	1.2.2020 – 31.01.2025 (סעיף 7.1)
תיאור הביטוח	תכנית הביטוח הקבוצתית פרק א' - השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק ג' - ניתוחים: מסלול 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית 5,000 ₪ מסלול 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל פרק ד' - ניתוחים בחו"ל פרק ה' - שירותים אמבולטוריים בישראל

תמצית פרטי הפוליסה			
כמפורט בס' 9, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלות (ס' 7), תרופות (ס' 4), ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית (ס' 5), ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 5), ניתוחים בחו"ל (ס' 4), שירותים אמבולטוריים בישראל (ס' 3).			הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק השתלות (ר' סע' 3.4, 4.13, 6.1 ו- 6.2) פרק ניתוחים בחו"ל (ר' סע' 2.6)			גובה הפיצוי הכספי שאקבל
קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			השתתפות עצמית
שם הכיסוי	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל		+	
תרופות		+	
ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	+		
ניתוחים בחו"ל		+	
שירותים אמבולטוריים בישראל		+	

1 תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח	המבוטח (גילאים)	ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפול מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית ₪ 5,000	ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
התעריפים בטבלה מצד שמאל חלים מיום 1.4.2023 הפרמיות צמודות למדד שפורסם ביום 15.3.2023 ביום 13461 נק'.	עובד/ת**	117 ₪	111 ₪
	בן/בת זוג	135 ₪	128 ₪
	ילד/ה מעל גיל 25	117 ₪	111 ₪
	ילד/ה עד גיל 25*	27 ₪	25.5 ₪
	הפרמיה החודשית הינה צמודת מדד . *ילד שלישי ואילך חינם. **מובהר כי המעסיק מממן את הפרמיה החודשית באופן חלקי לעובד ולמעט שווי מס. הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 13461 נק' שפורסם ביום 15.03.2023 וכן בכפוף לסעיף התאמת הפרמיה המפורט בסעיף 15 לפוליסה ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- כנס למחשבון מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.		

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)
השתלות איברים שנקלחו מגופו של אדם	ס' 3.1: השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. עד 5,104,611 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם.
השתלות איברים שנקלחו מבעלי חיים	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח והשתלת איבר אשר נלקחו מבעל חיים	עד 1,020,922 ₪ אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימלי המקובל לאותו סוג השתלה במידה בה מתבצעת ההשתלה.
טיפול מיוחד בחו"ל	ס' 3.3 : ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות מהתנאים המפורטים בס' 1.2	עד 816,738 ₪.
פיצוי חד פעמי על אי תביעה או המצאת מימון חלקי	ס' 3.4: ללא השתתפות החברה במימון, ישולם פיצוי של 50,000 ₪. במקרה של מימון חלקי של קופ"ח ישולם פיצוי בסך 25,000 ₪.	-
הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז	ס' 4.1: טיפול רפואי בחו"ל שניתן במהלך האשפוז, הכולל שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.	-
הוצאות אשפוז בחו"ל	ס' 4.3: הוצאות עבור 180 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; 365 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	-
בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל	ס' 4.4: כיסוי מלא במקרה שיידרש המבוטח לבצע הבדיקות כולל טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.	-
הוצאות איתור איבר להשתלה	ס' 4.5: הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל, רישום, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו לשם ההשתלה.	עד 408,369 ₪.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)
הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר אשפוז	ס' 4.6: הוצאות הנובעות מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.	עד 102,092 ₪ להשתלה או עד 153,138 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל לפי המקרה.
הוצאות נסיעה לחו"ל	ס' 4.7: הוצאות הכוללות היטל נסיעה למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין	-
הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית	ס' 4.8: הוצאות הטסה למבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגיל	עד 102,092 ₪.
הוצאות שהייה סבירות בחו"ל	ס' 4.9: הוצאות שהייה ליום ליחיד ולמלווה או לקטין ולמלווים בעת השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל.	עד 919 ₪ ליום ליחיד, ו- 1,940 ₪ לשניים ליום ועד 100,000 ₪ לקטין-עד 1,531 ₪ ליום ועד 102,092 ₪
הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל	ס' 4.10: הטסת גופת המבוטח אם המבוטח נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל.	ללא תקרה.
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	ס' 4.11: הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל במקרה ולא ניתן להטיס המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.	132,720 ₪ למקרה ביטוח.
הוצאות שימוש/ השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה	ס' 4.12	1,531,383 ₪.
גמלה חודשית עבור השתלה אשר בוצעה בחו"ל	ס' 4.13: גמלה שתשולם למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודשים.	5,615 ₪ או 3,573 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמית.
פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח	ס' 6.1: במקרה בו בחר המבוטח לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי של 265,440 ₪.	-
פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה- כיסוי ביטוחי למחלה קשה	ס' 6.2: במקרה שהוגשה תביעה בגין הצורך הרפואי בטרם ביצע ההשתלה, ישולם פיצוי חד פעמי של 265,440 ₪.	-

פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	השתתפות עצמית
תרופות	התרופות הנכללות בס' 1.1: 1. תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת האחת מהמדינות המפורטות בסעיף 1.1.1 לפוליסה. 2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 1.1.2 לפוליסה. 3. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL. 4. תרופת יתום. 5. החל מ 1.4.2023: תרופות מכוח סעיף 29ג' לפקודת הרוקחים.	1,531,383 ₪ לתקופת בת כל 30 חודשים . תרופת 29 ג' - בסך 250,000 ₪ מהתקרה הכללית למקרה ביטוח ועד 500,000 ₪ מהתקרה הכללית במידה ותתברר כיעילה.	204 ₪ למרשם לחודש ועד 306 ₪ לכלל המרשמים לחודש. לא תחול השתתפות עצמית לתרופות שעלותן הכוללת לחודש הינה מעל 3,063 ₪.
שירות/ טיפול נלווה למתן תרופה	סעיף 2.6: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.	153 ₪ ליום ועד 30 יום לכל מקרה ביטוח.	-

פרק ג' 1 - ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪ (החל מתאריך 1.4.2023 גובה השתתפות עצמית עלה מ 3,000 ₪ ל 5,000 ₪)				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	
התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: 3 התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (817 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים	
	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח		ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים ; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח ; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום- ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.
		ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר		
	שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד		עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים ; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח ; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום- ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.			
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.		
הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.				

**פרק ג' 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות
שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (800 ₪)	
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד ;	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום- ניתוח). הכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המירבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה **אחידה** לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח.

למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

פרק ד' - ניתוחים בחו"ל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	השתתפות עצמית
ניתוח בחו"ל	סעיף 2	תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 2: באמצעות נותן שירותים שבהסכם: לא תחול תקרת סכום שיפוי. באמצעות נותן שירותים שלא בהסכם: ניתוח בחו"ל - 200% (או 300% במקרה של ניתוח לסילוק גידול) מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל ובנוסף השיפוי כפוף ל תתי התקרות השיפוי המפורטות מטה.	
מנתח/מרדים	ס' 2.1	-	-
הוצאות בית חולים בחו"ל	ס' 2.2	אשפוז עד 30 יום.	-
הוצאות טיסה ושהייה	ס' 2.3: הוצאות טיסה לחו"ל במחיר כרטיס של מחלקת תיירות רגילה למבוטח ומלווה אחד (אם המבוטח קטין- כיסוי מלא ל 2 מלווים). הוצאות שהייה ליום למבוטח ולמלווה או לקטין ול- 2 מלווים	לשהייה - עד 766 ש' ליום למבוטח ו- 664 ש' למלווה . למבוטח קטין כולל עד 2 מלווים - עד 1,531 ש' ליום ולא יותר מ 255,231 ש' ולתקופה מרבית של 30 יום.	-
הטסה רפואית	ס' 2.4: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל.	עד 86,778 ש' להטסה אחת.	-
כיסוי להוצאות הטסת גופה	ס' 2.5: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל תוך 7 ימים מיום שהותו מבית החולים בחו"ל.	-	-
פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול	ס' 2.6: יינתן פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ש' אם משך האשפוז בחו"ל יעלה על 7 ימים רצופים.	-	-
שיפוי לאחר אשפוז ממושך	ס' 2.7: מעל 7 ימי אשפוז בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח ל:ריפוי בעיסוק, ייעוץ דיאטטי, שיקום כושר הדיבור, טיפולים פיזיותרפיים.	7,146 ש' עד 12 מפגשים, עד 153 ש' למפגש.	20%

פרק ה' - שירותים אמבולטוריים בישראל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
בדיקות הריון	ס' 2.1: החזר הוצאות בגין בדיקות הריון שבוצעו בגופה של המבוטחת.	עד 1,225 ₪ להריון אחד לשנת ביטוח.	6 חודשים	20%
התייעצות עם רופא מומחה	ס' 2.2: התייעצות עם רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוטח ודרכי טיפול אפשריות. הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה, רופא ילדים ומעקב הריון (רופא ילדים מומחה – התייעצות אחת).	עד 817 ₪ להתייעצות ל 2 התייעצויות לשנת ביטוח.	90 יום	20%
בדיקות רפואיות אבחנתיות	ס' 2.3: השתתפות בבדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה, טומוגרפיה ממוחשבת, וטומוגרפיה.	עד 6,126 ₪ לבדיקה ולא יותר מ 15,314 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.	90 יום	20%
טיפולים פיזיותרפיה/ הידרותרפיה	ס' 2.4: החזר בגין טיפולים פיזיותרפיה והידרותרפיה	עד 16 טיפולים לשנת ביטוח ועד 2,552 ₪ לשנת ביטוח לכל הטיפולים.	90 יום	20%
טיפול פריון	ס' 2.5: השתתפות בהוצאות טיפולי פריון לסדרת טיפולים אשר יבוצעו בגופה של המבוטחת בהמלצת רופא פריון.	עד 13,272 ₪ לסדרת טיפולים ועד שלוש סדרות טיפולים בכל תקופת הביטוח.	6 חודשים	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפולים רדיותרפיים/ כימותרפיים	ס' 2.6: החזר בגין טיפולים רדיותרפיים או כימותרפיים.	עד 10,209 ₪ לכל שנת ביטוח	90 יום	20%
שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי או טיפול ב AMBLYOPIA	ס' 2.7: השתתפות בהוצאות במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה בעקבות אירוע מוחי / ניתוח/ מחלה.	12,251 ₪ לשנת ביטוח.	90 יום	-
אבזורים רפואיים	ס' 2.8: כיסוי לאבזיר רפואי מתוך הרשימה בסעיף זה, עפ"י הפניית רופא מומחה.	עד 3,063 ₪ לתקופת ביטוח של 3 שנים.	90 יום	25%
טיפול בבעיות התפתחות הילד	ס' 2.9: השתתפות בטיפולים ואבחונים בבעיות התפתחות הילד לילדים בגילאי 2-18.	אבחון דידקטי – עד 1,225 ₪. מבחן אבחון כמפורט בסעיף – 1,021 ₪. ריפוי בעיסוק – 102 ₪ לטיפול ולא יותר מ 10 טיפולים בכל 3 שנות ביטוח.	90 יום	20%
טיפולים ברפואה משלימה	ס' 2.10: שיפוי בגין הוצאות מתחום הרפואה המשלימה המפורטים בסעיף זה ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא.	153 ₪ לטיפול, עד 12 טיפולים לשנה.	90 יום	20%
חוות דעת שנייה של מומחה בחו"ל	ס' 2.11: החזר עלויות של חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל.	עד 6,126 ₪ לחוות דעת אחת ולמקרה ביטוח.	90 יום	200 ₪

- תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח- יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.
- המבוטח זכאי לקבל מאת הפניקס פירוט תגמולי הביטוח באמצעות המוקד הטלפוני *3455 או 03-7332222 או באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מכון התקנים ובני משפחותיהם

פרק תנאים כלליים

1.

מבוא:

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בכל אחד מפרקי פוליסה זו, בתנאיה סייגיה וחריגיה. השימוש בלשון זכר בפוליסה זו מתייחס גם ללשון נקבה, אלא אם כן צוין אחרת.

2.

הגדרות:

בכל הנוגע לפרק- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- (ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל/ ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), תגברנה ההגדרות הקבועות בפרק זה על ההגדרות בפרק התנאים הכלליים.

2.1

הפוליסה: חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה בעבור המבוטחים לבין החברה וכל נספח או תוספת, לרבות כתב שירות, המצורפים לו. הפוליסה כוללת את הפרקים הבאים:

חבילה ביטוחית-

פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
פרק ג' - ניתוחים בארץ:

מסלול 1- ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם 5,000 ₪ השתתפות עצמית

פרק ה' - ניתוחים בחו"ל
פרק ו' - שירותים אמבולטוריים בישראל

קיימת חלופה שנייה של חבילה ביטוחית **במסלול 2-** ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

2.2

המבטח: הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה" / "המבטח")

2.3

בעל הפוליסה: מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבוטחים והנו:

המעסיק לגבי עובדיו, גימלאיו ובני משפחתם (**מכון התקנים הישראלי - ח.פ. 500500137**).

2.4

המבוטח: עובדי בעל הפוליסה, גמלאיו ובני משפחתם.

2.5

מבוטח קיים: מבוטח שנכלל בהסכם הביטוח הקודם, במועד תחילת פוליסה זו ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

- 2.6 **עובד חדש:** עובד חדש אצל בעל הפוליסה, שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במועד הקובע ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- יובהר כי השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של מבוטח מרשימת המבוטחים, מקום בו המבוטח ביקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, לא יגרע מרשימת המבוטחים והכל בתנאי שצירופו יעשה בהתאם לתנאי הפוליסה. במקרה כאמור, המבוטח או בעל הפוליסה יציגו למבטח טופס הצטרפות לביטוח ומסמכים הרלוונטיים לניכוי דמי ביטוח משכרו של המבוטח, ככל שבוצע הניכוי באמצעות שכרו.
- 2.7 **מבוטח חוזר:** מי שהיה מבוטח במועד הקובע אצל בעל הפוליסה מכח ההסכם הקודם / מי שהיה מבוטח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח או מכל סיבה אחרת וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.
- 2.8 **עובד:** מי שהנו עובד המועסק אצל בעל הפוליסה, ביום תחילת תקופת הביטוח ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה עובד קיים או חדש, כהגדרתם לעיל.
- 2.9 **ילד:** ילד של עובד המבוטח או בן/בת זוג של המבוטח אשר טרם מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/ בן זוג, כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדר/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/להם 25 שנה.**
- 2.10 **ילד בוגר:** ילד של עובד המבוטח או בן/בת זוג של המבוטח אשר מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/ בן זוג, כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדר/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/להם 25 שנה.**
- 2.11 **תינוק:** ילד שנולד במהלך תקופת הביטוח להורים, אשר שניהם מבוטחים במסגרת פוליסה זו (למעט משפחה חד הורית) במשך 6 חודשים לפחות טרם מועד לידתו, יהיה מבוטח בתנאי שצורף לביטוח בכפוף לבקשה בכתב למבטח לצירופו ויתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי פוליסה זו ומכל מקום לא לפני מועד קבלת הבקשה כאמור.
- 2.12 **בן זוג:** בן/בת זוג של עובד קיים ו/או חדש/מועמד לביטוח, לרבות ידוע בציבור (בכפוף לתצהיר העובד בכתב בדבר היותו ידוע בציבור), בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- 2.13 **בן משפחה:** בן זוג של מבוטח /ילד של מבוטח ו/או נכד של מבוטח, לרבות בן משפחה של העובדים/ הגימלאים, גם אם העובד/הגימלאי אינו מבוטח וכן בן משפחה של עובד/ גימלאי שנפטר.
- 2.14 **גמלאי:** מי שהגיע לגיל פרישה המוקדמת (לפי סעיף 5 לחוק פרישה מוקדמת,

התשס"ד-2004) או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מהעבודה, לפי הסדר בית דין או בהסכם, ולפיו תשלום קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית או מאוצר המדינה לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות, עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

- 2.15 **כיסוי ביטוחי קיים:** הכיסוי הביטוחי שהיה כלול בפוליסה שתוקפה פג ביום היכנס פוליסה זו לתוקף (דהיינו: 31.1.2020).
- 2.16 **כיסוי ביטוחי חדש:** הכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסה זו (דהיינו: החל מיום 01.02.2020).
- 2.17 **דף הרשימה:** דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה (הכולל, בין השאר, את תאריך תחילת הביטוח, המבוטחים בפוליסה, שיעור הפרמיה וכיו"ב).
- 2.18 **תאריך/ מועד תחילת הביטוח:** לגבי מבוטחים קיימים – המועד הקובע. לגבי מבוטחים חדשים – מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו, או תאריך חידוש פוליסה זו, אם בוטלה, לפי המאוחר מביניהם.
- 2.19 **המועד הקובע:** 01.02.2020.
- 2.20 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח כאמור בדף הרשימה.
- 2.21 **תקופת אכשרה :** תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבוטח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח המקורי של אותו מבוטח או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי שיצורף לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבוטח) ואשר מסתיימת בתום התקופה הנקובה בפרקים או הסעיפים הרלוונטיים בפוליסה זו, לפי העניין, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק או סעיף, לפי העניין. **החברה לא תהיה אחראית לתשלום על-פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע בתקופת האכשרה. מקרה ביטוח אשר ארע בתקופת אכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תקופת הביטוח ושאיננו מכוסה.**
- 2.22 **תקופת המתנה :** תקופה רצופה, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה, הנקובה בפרקים הרלוונטיים בפוליסה זו ואשר **במהלכה לא תהא על המבוטח חובה לשלם תגמולי ביטוח**, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.
- 2.23 **סכום הביטוח:** הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד, או הסכום המצטבר בגין מקרי הביטוח, כמצוין בכל פרק ופרק או סעיף וסעיף בפוליסה זו, לפי העניין.
- 2.24 **מדד:** מדד המחירים לצרכן הכולל ירוקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.25 **המדד היסודי:** המדד שפורסם ביום 15.01.2020 לפי 12427 נק'.

- 2.26 **הפרמיה:** דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.
- 2.27 **דולר:** דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- 2.28 **גיל:** גיל המבוטח כשהוא מעוגל לשנים שלמות. עיגול חלקי השנה יחושב באופן הבא: אם מיום השנה לביטוח (המחושב בתום כל שנה קלנדארית ממועד תחילת הביטוח) ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו פחות מששה חודשים (כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מעלה ואם מיום השנה לביטוח ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו למעלה מששה חודשים (לא כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מטה. גיל המבוטח בתכנית ביטוח, לצורך קביעת זכויותיו בתכנית, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.
- 2.29 **תאריך לידה:** תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
- 2.30 **חוק חוזה הביטוח:** חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקונו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 2.31 **ישראל:** מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.
- 2.34 **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.
- 2.32 **כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגריגוריאני.**
- 2.33 **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבוטח הינם בעבור הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה.
- 2.34 **הגדרות ומינוחים רפואיים:**
- בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.
- 2.35 **בית חולים פרטי:** מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ואינו בית חולים ציבורי, שבמסגרתו ניתן לקבל שירותי רפואה פרטיים, ואשר אושר על ידי רשות מוסמכת כדין, וכן מסלולי שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים.
- 2.36 **בית חולים שבהסכם:** מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהמוסדות המוסמכים במקום בו הוא פועל, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על-פי הפוליסה ואשר לחברה הסכם התקשרות עמו.
- 2.37 **אשפוז:** שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, ולמעט שהייה במחלקת שיקום של בית חולים ציבורי או פרטי או בבית חולים שיקומי.
- 2.38 **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה (24 שעות) ברציפות.

- 2.39 **יועץ מלווה:** היועץ הרפואי המלווה אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הפוליסה.
- 2.40 **רופא מנתח:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה מנתח.
- 2.41 **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 2.42 **מנתח/מרדים שבהסכם:** מנתח/מרדים אשר הסכים לקבל ישירות מאת החברה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח ו/או הרדמה שביצע במבוטח, כשהוא מאושפז במסגרת בית חולים פרטי.
- מנתח/מרדים אחר:** מנתח/מרדים אשר תמורת ניתוח ו/או הרדמה במבוטח יחייב את המבוטח בתשלום ישירות ולא באמצעות החברה.
- 2.43 **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי
- 2.44 **נותן שירותים שבהסכם:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר עימו קשור או יתקשר המבוטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבוטח במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה ונספחיה.
- 2.45 **נותן שירותים שאינו בהסכם/אחר:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר אשר איננו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.
- 2.46 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, לאבחון ו/או לטיפול ו/או מניעה, כגון: ביופסיות ו/או הראית אברים פנימיים למיניהן, פעולות אנדוסקופיות, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה. **ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**
- 2.47 **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח ע"י רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים). **במקרה שההפניה לניתוח הייתה דרך חדר מיון אך בוצעה לאחר 48 שעות ומעלה ממועד הכניסה לחדר המיון – ייחשב הניתוח כניתוח אלקטיבי.**
- 2.48 **ניתוח חירום:** ניתוח פתאומי ובלתי צפוי, שבוצע מיידית במבוטח, שאושפז ישירות לאחר ביקור בחדר מיון של בית החולים.
- 2.49 **ניתוח גדול:** ניתוח הכולל פתיחת בית החזה/ לב פתוח (לרבות ניתוח מעקפים) או ניתוח מח או ניתוח גב או ניתוח אשר המבוטח שהה באשפוז לפחות 10 ימים לאחר הניתוח.
- 2.50 **מצב רפואי קודם:** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה

- רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד תחילת הביטוח המקורי של אותו המבוטח.
- 2.51 **סייג של מצב רפואי קודם:** סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוסט את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.52 **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי. קופות החולים שהוכרו על ידי שר הבריאות.
- 2.53 **תכנית שב"ו/ שירותי בריאות נוספים (שב"ן):** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.54 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 2.55 **סל הבריאות הממלכתי:** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה.
- 2.56 **בית מרקחת:** מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").
- 2.57 **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 2.58 **מרשם:** מסמך רפואי חתום ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. **למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**
- 2.59 **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 2.60 **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.
- 2.61 **תרופת יתום:** תרופה אשר אושרה ו\או הוכרה כתרופת יתום לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם. קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה-FDA האמריקאי לגבי ארה"ב ועל ידי ועדת מוצרים יתומים (Committee for Orphan Medicinal Products (COMP) מטעם ה- EMEA לגבי מדינות האיחוד האירופאי.
- 2.62 **שתל:** כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי

או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בפרק השתלות בפוליסה).

3. הצהרת בעל הפוליסה:

בעל הפוליסה מצהיר, כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

4. אופן הצטרפות לביטוח:

4.1 מבטחים קיימים

מבטחים קיימים יועברו מהפוליסה הקיימת לפוליסה החדשה ללא חיתום רפואי מחדש וללא מניין מחדש של תקופות אכשרה (רצף ביטוחי). **מבטחים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם סייג למצב רפואי קודם יועברו באותם תנאים והסייג הרפואי, הקיים בגינם, ימשיך גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה.** מובהר כי בני משפחה של עובדים קיימים שלא הצטרפו לתכנית הביטוחית בתקופת הביטוח הקודמת יצורפו לביטוח אך ורק בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

4.2 מבטחים חדשים:

- החל מהמועד הקובע מבטחים חדשים יצורפו לביטוח, לפי המועד המאוחר מבין המועדים הבאים:
- (1) במקרה בו חלות הוראות סעיף 4.3 לפוליסה, היום בו הביע המבוטח החדש את רצונו בכתב להצטרף לביטוח בהתאם לסעיף 4.3;
 - (2) היום בו ננקב שמו של המבוטח החדש ברשימת המבוטחים שהועברה על ידי בעל הפוליסה למבטח;
 - (3) הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן הסכימה החברה לקבל את המבוטח החדש לביטוח, במקרה שנדרש המבוטח למילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות פוליסה זו;
 - (4) היום בו התקבל אמצעי תשלום תקף שניתן לגבות ממנו לתשלום הפרמיה הראשונה;

עובדים חדשים:

עובד חדש יצטרף לביטוח לאחר תום שנת וותק ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה (למעט עובדים בכירים), ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי בכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופת האכשרה, וזאת אם יצטרף לתכנית הביטוחית במהלך 90 הימים הראשונים לאחר מועד קבלת זכאותו. לאחר 90 יום ממועד קבלת זכאותו לביטוח מבעל הפוליסה, תותנה הצטרפותו לתכנית הביטוחית, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח.

בני המשפחה של עובדים חדשים:

הצטרפות בני המשפחה לביטוח יהא בכפוף למילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי אך בכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופת האכשרה, וזאת אם יצטרפו לתכנית הביטוחית במהלך 90 הימים הראשונים לאחר מועד קבלת זכאותו מבעל הפוליסה לביטוח. לאחר 90 יום ממועד קבלת זכאותו של העובד אצל בעל הפוליסה, תותנה הצטרפות בני המשפחה לתכנית הביטוחית במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח.

תינוק שנולד:

תינוק שייוולד למבוטחים קיימים, לפי הגדרתו לעיל, ויצורף לתכנית הביטוחית, וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי וזאת אם יצטרף לתכנית הביטוחית במהלך 120 הימים הראשונים מיום לידתו. לאחר 120 יום מיום לידתו, תותנה הצטרפותו לביטוח, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח.

צירוף בן/בת זוג חדש בעקבות נישואין:

בן זוג חדש יוכל להצטרף לרובד הבסיס וההרחבה בפוליסת הבריאות בכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופת אכשרה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי וזאת אם יצטרף לתכנית הביטוחית במהלך 90 הימים הראשונים מיום הנישואים.

לאחר 90 יום מיום הנישואין, תותנה הצטרפותו לביטוח, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח

מוטלת על מבוטח לפי תנאי הפוליסה חובה אחת מאלה:

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין כיכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1(ג) לחוק עובדים זרים; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, , ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי בפוליסה ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

4.3

סעיף 4.3 לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה; (2) חידוש הפוליסה 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 בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

4.4

מבוטח חוזר:

מבוטח חוזר אשר ביטל את הפוליסה באופן יזום יצטרף מחדש לביטוח רק בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות חדשה, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה.

4.5

5. מתן מסמכים למבוטח:

המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה וטופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזרה עליהם המפקח על הביטוח; על אף האמור, חידוש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח תקופה 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 לקבל העתק ממסמכי הפוליסה (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך

5.1

מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

5.2 חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.

5.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטוח רשאי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.

6. מתן הודעות למבטוח:

6.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, כאמור בסעיף 8.1.4 להלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטוח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי;

(2) לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטוח למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

(1א) חודשה פוליסה לקבוצת מבטוחים אצל מבטוח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטוח האחר לכל יחיד בקבוצת המבטוחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(2א) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטוח ובין אם אצל מבטוח אחר, לכלל או לחלק מהמבטוחים, ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח ויפרט

(3א) פסקה הזיקה בין המבטוח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים, 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 המבטוח לפי הפוליסה הקבוצתית.

"שינוי פרמיה" - לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטוח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

"שינוי בתנאי הכיסוי הביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטוח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

6.2 חלה על מבטוח, במועד ההצטרפות לפוליסה, החובה לשלם פרמיה, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתה לאחר המועד האמור, ימסור המבטוח למי שמשלם את הפרמיה, 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.

תקופת הביטוח:

- 7.1 תקופת הביטוח תהיה החל מ-1.2.2020 (המועד הקובע) ועד 31.01.2025.
- 7.2 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות והאקטואריה של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא הגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועדה המקורי ובעל הפוליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטח, כמפורט לעיל.
- 7.3 הוארכה תקופת הביטוח כאמור לעיל, יפעל המבטח על פי האמור בסעיף 6 לעיל.
- 7.4 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.5 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו-8.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

תום הביטוח. הפסקת הביטוח עבור מבוטח מסוים:

- 8.1 תום הביטוח עבור מבוטח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מביניהם:
- 8.1.1 **ביטול על ידי המבוטח:** כל מבוטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח את הביטוח, יתבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.
- 8.1.2 **תום תקופת הביטוח:** יום תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 7.1 או מועד תום תקופת הביטוח, לגבי כיסוי מסוים, אם נקבע מועד כזה בתנאי הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.
- 8.1.3 **ביטול על ידי המבטח:** ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 14.4 לפוליסה או במקרה של אי גילוי בהתאם להוראות 17 לפוליסה.
- 8.1.4 **ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:**
(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע בעל הפוליסה או המבוטח למבטח, 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, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה, בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 4.3-4.4 או בסעיף 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 בסעיף 4.4; 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 המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.
(ג) על אף האמור בסעיף 8.1.5 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבוטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח

8.1.5 העדר זיקה לבעל הפוליסה: אובדן הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה יביא להפסקת הביטוח, כמפורט להלן:

סיום יחסי עבודה: עזיבת עובד את עבודתו אצל הפוליסה, מכל סיבה שהיא, לרבות פרישה לגמלאות (אלא אם כן קבוצת המבוטחים כוללים גם את גימלאי בעל הפוליסה), הביטוח של העובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו עזב העובד את עבודתו אצל בעל הפוליסה, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין אותו חודש.

גירושין או פטירה (חו"ח) של המבוטח עובד בעל הפוליסה: התגרש מבוטח עובד בעל הפוליסה, הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

8.2 תם הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 במהלך חודש קלנדרי, לא יוחזרו דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו הוסיפו לביטוח.

8.3 בוטל/הסתיים הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 לגבי המבוטח שהנו עובד/חבר אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הביטוח שלו ושל כל בני משפחתו המבוטחים עמו במסגרת הפוליסה.

8.4 המשכיות:

תם הביטוח בהתאם לסעיפים 8.1.2, 8.1.5 (לעניין סעיף 8.1.2 תינתן המשכיות על פי סעיף זה רק במקרה שהסכם הביטוח יסתיים או יתבטל והפוליסה לא תתחדש אצל המבוטח או אצל מבוטח אחר, לגבי כלל המבוטחים או חלקם שהביטוח אינו מתחדש עבורם), יהיו המבוטחים בפוליסה ערב האירועים המפורטים בסעיפים אלו רשאים לבקש בכתב להצטרף לכיסויים הביטוחיים החופפים במסגרת אחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות של החברה (להלן: "**פוליסת פרט**"), כפי שיהיו באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לפוליסת פרט וכן בהתאם לתנאים הבאים:

8.4.1 המבוטח יודיע בכתב למבוטח בכתב על רצונו להמשיך להיות מבוטח בפוליסת פרט תוך 90 יום מיום תום הביטוח בפוליסה (הקבוצתית).

8.4.2 מועד תחילת הביטוח יהא מיום סיום הפוליסה (הקבוצתית)/ מיום הבקשה בהתאם לסעיף 8.1.4 ובהתאם ישולמו דמי הביטוח.

8.4.3 ההצטרפות לביטוח תהא ברצף ביטוחי (ללא תקופות אכשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים)/ ללא חיתום רפואי מחדש ביחס לכיסויים ביטוחיים חופפים בין פוליסת הפרט לפוליסה (הקבוצתית) וביחס לאותם סכומי ביטוח. במקרה בו ירכוש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות אך ורק ביחס לכיסויים ולסכומים הלא חופפים.

8.4.4 יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסת הפרט יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח ביחס לדמי הביטוח ששולמו בגין הפוליסה (הקבוצתית).

- 8.4.5 יובהר כי ההמשכיות לא תינתן למבוטח אשר ביטל מיומנתו את הביטוח (הקבוצתי), לרבות בהתאם לסעיף 8.1.1. לעיל, או אשר המבטח ביטל את הביטוח לגביו בהתאם לסעיף 8.1.3 לעיל.
- 8.4.6 **רצף מפוליסות קולקטיביות ו/או פרטיות -**
פוליסות בריאות קיימות אצל החברה או בחברות ביטוח אחרות – מבוטח על פי פוליסה זו, אשר היה מבוטח לפני תחילת הסכם זה בפוליסת בריאות פרטית או קבוצתית אחרת, ושיהיה מעוניין להצטרף לביטוח שעל פי פוליסה זו, יזכה ברצף ביטוחי ותקופת הביטוח הקודמת תילקח בחשבון ביחס לתקופות אכשרה לגבי הכיסויים החופפים. אם מולאה הצהרת בריאות ונעשה חיתום בפוליסה הקיימת ממנה עובר המבוטח (עובד ו/או בני משפחתו) להסכם זה, יחולו ההחלטות גם בהסכם זה.
9. **סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על כל פרקי הפוליסה, להוציא פרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:**
- החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:
- 9.1 מקרה הביטוח ארע לפני תאריך תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה לעיל.
- 9.2 ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסתטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזר שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.
- 9.3 התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה שלא בהתאם להוראות היצרן של חומרים שאינם סמים.
- 9.4 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שכר ותשלום בצידה ו/או פעילות ספורטיבית תוך השתייכות לאגודת ספורט.
- 9.5 מקרה ביטוח שארע במישרין בלבד מפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים כהגדרתן בפת"ד.
- 9.6 טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטרים.
- 9.7 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי מסוים בפרק מסוים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק זה.
- 9.8 ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים או טיפולים הדרושים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.
10. **תנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:**
- 10.1 **סייג בשל מצב רפואי קיים:**
החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה

מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

- 10.2 תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:**
סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא:
10.2.1 פחות מ- 65 שנים – יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
10.2.2 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

- 10.3 סייג של מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים:**
סייג לחבות המבוטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים, שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

- 10.4 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:**
סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

- 11. תשלום תגמולי הביטוח:**
11.1 החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע ניתוח במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא.

- 11.2 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלמם למבוטח עצמו.

- 11.3 **חובת מסירת מסמכים:** במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות ו/או העתק מסמכים, לרבות באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח ובהתאם לנסיבות העניין בצירוף הסבר למי נשלחה חשבונית המקור (ככל שנשלחה) ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין חשבונית זו או בצירוף הסבר למי נשלחה החשבונית (ככל שנשלחה).

- 11.4 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים, אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

- 11.5 תגמולי ביטוח ששולמו במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער היציג ביום ביצוע התשלום.

- 11.6 נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין.

11.7 המבטוח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.

11.8 **תחלוף (סברוציה):**

הייתה למבטוח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, **שלא מכוח חוזה ביטוח** ואז מכח זכות עפ"י חוק עוברת זכות זו לחברה מששילמה למבטוח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבטוח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבטוח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. הוראות סעיף קטן זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבטוח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

12. **כפל ביטוח:**

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

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

12.3 היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטוח אחד לתקופות חופפות, על המבטוח להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.

12.4 הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.

13. **התביעה וניהולה:**

13.1 **חובת הודעה על מקרה הביטוח:** המבטוח יודיע לחברה על מקרה הביטוח מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר לה לברר את חבותה ולטפל בתביעה. לא קיומה חובת ההודעה, וקיומה היה מאפשר למבטוח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קיומה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה: (1) החובה לא קיומה או קיומה באיחור מסיבות מוצדקות; (2) אי קיומה או איחור לא מנע מן המבטוח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור. (ב) עשה המבטוח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטוח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטוח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

13.2 **אישור מוקדם של המבטוח להוצאות רפואיות: קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו.** בכל מקום בו הפוליסה מכסה הוצאות רפואיות וצוין כי על המבטוח לפנות למבטוח על מנת לקבל אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול הרפואי, היעדר פניה של המבטוח למבטוח לקבל אישור מוקדם, יכול לגרום להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטוח לו הייתה נמסרת לו הודעה מראש.

13.3 **מסירת מסמכי התביעה:** המבטוח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל, ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים לחברה לבירור

חבותר, ואם אינם ברשות, עליו לעזור לחברה להשיגם. לשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית, ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות אחרת, למסור לחברה את המידע הרפואי המלא הנוגע למבוטח.

13.4 החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותר המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, באופן סביר, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותר של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.

13.5 **בדיקה רפואית :** אם יידרש לכך ע"י רופא מטעם החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית סבירה בנסיבות העניין על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט ו/או מסמך רפואי שיידרש. החברה תדאג כי הרופא מטעמה יציע למבוטח מועד לבדיקה רפואית כאמור לא יאוחר מתום 30 יום מיום קבלת התביעה במקרים רגילים, ותוך 14 ימי עבודה במקרים דחופים. יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות מכוח הפוליסה בבית משפט.

13.6 אישור תביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה. במקרים דחופים מתחייבת החברה לתת הסכמתה או אי הסכמתה לשאת בתשלום תגמולי הביטוח עפ"י פוליסה זו, תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים לחברה לצורך בירור חבותר. **במקרי דחיפות מיוחדת יינתן אישור מידי על ידי חברת הביטוח בכפוף להחתמת המבוטח על הסכמתו לבדיקת זכאותו, לאחר אישור מקרה הביטוח והתחייבותו האישית לביצוע החזר כספי ומתן ערבויות מתאימות, אם ימצא כי לא עמד בתנאי הזכאות לקבלת תגמולי הביטוח.**

13.7 החברה מתחייבת לשלם את תגמולי הביטוח תוך 30 ימי עבודה מיום מסירת כל המידע והמסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים לה לברור חבותר.

13.8 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדימים שבהסכם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות הפרטיות אצל החברה.

13.9 **בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים או טיפולים מיוחדים בחו"ל :** אישרה החברה ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

13.9.1 תיתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

החברה תהיה רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.

13.9.2 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ו/או העתק מסמכים לרבות באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח .

במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות בהתאם להוראות סעיף 11.3. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

13.9.3 תשלומים במטבע חוץ שתשלם החברה יחושבו לפי השער היציג ביום

התשלום. כל הוצאה שתהא לחברה בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידה ולא תשולם בנוסף להם. מובהר כי במקרה של כיסוי ביטוחי שנועד לשימוש בחו"ל, תקרת תגמולי הביטוח/ גבול האחריות המופיע בפוליסה הינו סופי ובמסגרת זו יכללו העלויות הקשורות להמרה והעברת כספים לחו"ל.

13.10 **הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:**

מבוטחים בפוליסה זו הינם תושבי ואזרחי מדינת ישראל.
כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם. מבוטח ששהה בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 90 יום וחזר לישראל, יהא רשאי לקבל שירות על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בחו"ל ומכוסה על פי תנאי פוליסה זו, **עם חזרתו לישראל ובכפוף לה,** והשירותים בגין מקרה הביטוח יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

למען הסר ספק, החברה לא תחזיר למבוטח את ההוצאות בגין מקרי ביטוח שאירעו בחו"ל ואשר הוצאותיהם בוצעו בחו"ל, לרבות התחייבויות כספיות אם נתנו על ידי המבוטח, אלא אם אישרה החברה מראש ובכתב הוצאת הוצאות אלו על ידי המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

14. **דמי הביטוח (הפרמיה):**

14.1 פירוט דמי הביטוח - כמפורט בדף הרשימה שמצורף לפוליסה.
מובהר כי המעסיק (דהיינו: בעל הפוליסה) מממן באופן חלקי את הפרמיה החודשית לעובד (75 ₪ מתוך הפרמיה החודשית הכוללת עבור עובד). יתרת הפרמיה ממומנת על ידי העובד לרבות שווי המס.

14.2 הפרמיה החודשית עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה, בכפוף לאמור בדף הרשימה המצורף לפוליסה זו. הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד היסודי ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.

14.3 **פירוט הסדרי תשלום -**

מובהר כי עובדים אצל בעל הפוליסה המבוטחים בפוליסה זו, בתקופה בה הם נמצאים בחל"ד (חופשת לידה) או בחל"ת (חופשה ללא תשלום), להמשיך לשלם את דמי הביטוח כסדרם.

14.4 **פיגור בתשלום דמי הביטוח:** לא שולמו דמי הביטוח במועד, על ידי המבוטח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים.

14.5 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה ולמבוטחים ודמי הביטוח ישולמו כפי שישונו.

14.6 **שינויים בדמי הביטוח-**

בנוסף לאמור בסעיף 15 לעניין התאמת דמי הביטוח, יהיו רשאים בעל הפוליסה והמבטח להסכים על שינויים בדמי הביטוח.
מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד החידוש הביטוח הקבוצתי העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל

מבוטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבוטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי הביטוח" – (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח; (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפליסה למבוטח, במלאה או בחלקה או הרחבתה; (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה. (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; (5) במועד החידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

15. **התאמת דמי ביטוח:**

תבוצע בדיקת התאמת פרמיה ראשונה לאחר 12 חודשים מיום החידוש (דהיינו - 01/02/2021) ולאחר מכן כעבור 24 חודשים לפי הנוסחה הבאה-בתום 12 חודשים מיום תחילת הפוליסה (ולאחר 24 חודשים מיום ההתאמה הראשונה) יהא רשאי המבוטח להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבוטחים ליתרת תקופת הביטוח על-פי ניסיון התביעות ושיעור המגמה המסתמן לעתיד, בהתאם לנוסחה הקבועה להלן-כהפסדים בתכנית הביטוח בתקופת הביטוח החולפות יראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות והתלויות לרבות I.B.N.R בגין אותה תקופת ביטוח כשהוא משוערך למדד עבור כל הכיסויים הכלולים בפוליסה על סכום של 75% מסכום הפרמיות המשולמות בגין אותה תקופה כשהן משוערכות למדד על כל הכיסויים בפוליסה. אם יתברר, כי תכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח, כהגדרתם לעיל, יועלו דמי הביטוח בגובה המתאים לאיזון ההפסדים הנוכחיים והעתידים. לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופה הקודמת, למעט הצמדתן למדד.

ישבו הצדדים ויגיעו להסכמות ביחס לעדכון דמי הפרמיה החודשיים ו/או הכיסויים הביטוחיים בהתאמה. במידה ולא הגיעו הצדדים להבנות בנדון, שני הצדדים יהיו רשאים להביא את ההסכם לסימום בהודעה מראש ובכתב של 90 יום.

16. **התיישנות:**

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

17. **חובת גילוי:**

17.1 **ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה בהודעה בכתב למבוטח.**

17.2 ביטל המבטח את החוזה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

17.3 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה: (1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה; (2) מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי

המבוטח להחזיר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבוטח.

17.4 המבוטח אינו זכאי לתרופות האמורות בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

(1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה; (2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבוטח או על היקפה.

17.5 במקרה של פיצוי, המבוטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מתחילת הכיסוי הביטוחי של המבוטח, זולת אם המבוטח או האדם שחייב בוטחו פעל בכוונת מרמה.

18. חקיקה:

על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו אלא אם הותנה אחרת בפוליסה זו.

19. מיסים והיטלים:

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו, אם המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלמם על פי הפוליסה ואם יוטלו במועד מאוחר יותר.

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

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

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

22. הודעות:

כתובת הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:
כמעודכן לאחרונה במערכות החברה המבטחת

כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה על ידי הנמען תוך 72 שעות
מעת מסירת המכתב הכולל את ההודעה בדואר ולשם הוכחת המסירה די להוכיח כי המכתב הופקד בדואר

פרק א' - השתלות ו/או טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות לפרק זה:

בפרק זה יתפרשו המונחים הבאים כמפורט להלן:

1.1 "השתלה": 1.1.1

פרוצדורה הכוללת את התנאים הבאים: א) כריתה כירורגית או הוצאה מגוף

המבוטח של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, מעי, שחלה וכל שילוב ביניהם, ו-

ב) השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר

נלקחו מגופו של אדם אחר במקום.

1.1.2 השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או תאי גזע מדם היקפי ו/או

דם טבורי מתורם זר וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או

דם טבורי שמקורם במבוטח עצמו **בישראל בלבד**.

1.1.3 השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי ו/או קוצב סרעפתי לחולי ALS.

במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של

אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.4 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד

וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם בלבד או אונת כבד או ריאה, או

הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מבעל חיים במקום בשלב בו

הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיונות ע"י הרשויות המוסמכות

בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי.

1.1.5 למען הסר ספק, הגדרת "**איבר שלם**" בסעיף זה – איבר מן האיברים הנזכרים

כאן, בשלמותם בלבד ולא חלקים מהם או חלקים המחוברים אליהם ומהם

(למעט אונת כבד ואונת ריאה)

1.1.6 השתלה תכוסה עפ"י הגדרה זו ותנאי פוליסה זו, ובלבד שהתמלאו התנאים

המצטברים המפורטים להלן:

1.1.6.1 **רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי קבע את הצורך**

בביצוע ההשתלה.

1.1.6.2 **ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות**

המוסמכות במדינה בו נמצא אותו בית חולים.

1.1.6.3 **בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח**

אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם

התקיימו כל אלה:

1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל

באותה מדינה.

2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המנימום

שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של

פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.

1.1.7 **מובהר כי אין בכיסוי ביטוחי לפי פרק זה בכדי להרחיב את המונח**

"השתלה" ו/או "איבר" כהגדרתו בחוק השתלת איברים ו/או חוק

איסור סחר באיברים לעניין חוקים אלו וחובת יישומם בנסיבות.

1.2 **"טיפול מיוחד בחו"ל" – ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו**

לפחות אחד מהתנאים הבאים:

1.2.1 סיכויי ההצלחה (יילקח בחשבון הניסיון המצטבר) בביצוע הטיפול או הניתוח

המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול או הניתוח בארץ.

- 1.2.2 הטיפול אינו בר ביצוע ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל. "טיפול/ניתוח חלופי" - טיפול/ניתוח הניתן לביצוע בישראל, המאפשר להשיג אותן תוצאות רפואיות המושגות ע"י הטיפול המבוקש ובלבד שאין בו לגרום למבוטח נזק או תופעות לוואי חמורות יותר.
- 1.2.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה בחו"ל לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה, וכתוצאה מכך נגרמת החמרה במצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.2.4 הניסיון ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל.
- 1.2.5 טיפול להצלת שמיעה (מחירשות מלאה) או ראייה (מעיוורון מלא).

בנוסף, הטיפול המיוחד בחו"ל מותנה כי הצורך בביצועו של הטיפול המיוחד בחו"ל והתנאים המפורטים מעלה מתקיימים על פי אישורו של רופא, מטעם המבוטח, שהינו מומחה בתחום הספציפי בו נדרש המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחו"ל ובכפוף לאישורו של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

מובהר כי אבזרים ו/או תרופות אינם נכללים בכיסוי זה.

2. **מקרה הביטוח :**
מקרה הביטוח הינו מצב רפואי המחייב השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח.
- למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.
- בעת פנייתו של המבוטח למימוש זכויותיו להשתלה יודיע המבוטח בכתב למבטח על בחירתו בתגמולי הביטוח אך ורק מאחת משתי האפשרויות (שיפוי / פיצוי) המפורטות בסעיפים 3.1-3.4 או סעיף 6 (6.1 או 6.2).

3. **סכום הביטוח:**
3.1 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות בגין מקרה/י ביטוח** עפ"י פרק זה הינו – ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה ועד לתקרת שיפוי של 5,104,611 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה, אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג של השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה. למרות האמור לעיל, על ההוצאות המפורטות בסעיף 4 יחולו התקרות הקבועות שם ובכפוף לתקרה הקבועה בסעיף זה, לפי הנמוך מביניהם.

- 3.2 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלות איברים שנלקחו מבעלי חיים-** עד לסך של 1,020,922 ₪ אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה.

- 3.3 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה לטיפול מיוחד בחו"ל לכל תקופת הביטוח-** עד לסכום של 816,738 ₪ למבוטח כולל ההוצאות הנלוות לפי סעיף 4.

- 3.4 **פיצוי חד פעמי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי –**
3.4.1 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, ללא השתתפות החברה במימון עלות כלשהי מכח פרק השתלות זה, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 50,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבטח.
- 3.4.2 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל במימון חלקי של קופת החולים של לפחות 25%, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 25,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבטח.

למען הסר ספק יודגש כי הסכום הפיצוי הנ"ל לא ישולם בגין טיפול שבוצע בארץ.

שיפוי להוצאות השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל:

תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המפורטות להלן:-

4.1 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותיות מעבדה ותרופות.

4.2 יובהר כי לא יינתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל שאין מניעה לבצעם בישראל טרם יציאת המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, או שאין מניעה לדחותם עד שוב המבוטח לישראל.

4.3 הוצאות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 365 יום לאחר ביצועם.

4.4 במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

4.5 הוצאות איתור איבר להשתלה, לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו למקום ההשתלה, עד לסך של 408,369 ₪.

4.6 הוצאות טיפולי המשך בחו"ל המתרחשים לאחר האשפוז, הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, ועד לסכום של 102,092 ש"ח להשתלה או 153,138 ש"ח לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.

4.7 הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלך ושוב במחלקת תיירים, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין.

4.8 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה מבית החולים בארץ לשדה התעופה ומשדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 102,092 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.

4.9 הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד עד לסכום של 919 ₪ ליחיד או 1,940 ₪ לשניים, לכל יום שהייה. תקרת ההוצאות המקסימאלית להוצאות שהייה לפי סעיף זה הינה עד לסך של 102,092 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל. במקרה שהמבוטח שעובר את ההשתלה או את הטיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, הנו קטין, יכוסו הוצאות שהייה בגין הקטין ושני מלווי בסך של עד 1,531 ₪ לכל יום שהייה ועד לתקרה מכסימאלית של 102,092 ₪.

4.10 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, לרבות ביצוע מספר טיסות, אם ידרשו כאלו והוצאות העברות קרקעיות למקום ביצוע ההטסה, אם ידרשו כאלו, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל - ללא תקרה.

4.11 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל, לביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסכום של 132,720 ₪ למקרה ביטוח אחד. למען הסר ספק יובהר כי סכום שיפוי מרבי זה הינו בנוסף להוצאות ביצוע ההשתלה שישולמו על ידי החברה.

4.12 הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה עד לסכום של 1,531,383 ₪.

4.13 המבטח יפצה את המבוטח בגמלה חודשית בעבור השתלה אשר בוצעה בחו"ל (למעט קרנית והשתלת מח עצם עצמית ו)או השתלת תאי גזע מדם טבורי ו)או (דפ פריפרי) בסכום של 5,615 ₪, או 3,573 ₪ במקרה מות המבוטח תשלום כליה או מח עצמות, אשר תשלום למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודש (להלן: "תקופת התשלום").

4.15 הגמלה החודשית תשלום למבוטח גם אם ההשתלה כאמור בפרק זה בוצעה בישראל, ובלבד שקיימת זכאות לביצוע עפ"י תנאי הפוליסה. במקרה מות המבוטח תשלום יתרת התשלומים שנותרו להשלמת 24 גמלות לשאיירי המבוטח. במקרה השתלה חוזרת בתוך תקופת תשלום הגמלה, לא תשלום גמלה נוספת.

4.16 מיסים, היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו, או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח אם תישא בהן החברה, והכול בכפוף לסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 3 לעיל.

4.17 כל סכומי הביטוח צמודים למדד היסודי על פי פרק התנאים הכלליים לפוליסה זו.

5. תשלום תגמולי הביטוח:

לאחר קבלת אישור החברה לביצוע ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל על פי פרק זה:

5.1 תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

5.2 החברה תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה הבלעדי, לשלם את ההוצאות המוכרות לפי פרק זה ישירות לגורמים להם יש לשלם הוצאות אלה או לשלם למבוטח עצמו.

5.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום אך ורק כנגד חשבונות שיומצאו לחברה. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

5.4 סכומים הנקובים במטבע זר המבטח ראשי לשלם בשקלים על פי שער החליפין היציג של המטבע הנוגע לעניין ביום ביצוע התשלום למבוטח במערכות המבטח, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול על תשלום שכזה.

6. פיצוי במקרה של השתלה או צורך רפואי בהשתלה:

6.1 **פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח:**

במקרה בו בחר המבוטח לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 265,440 ₪ לאחר ביצוע ההשתלה. למען הסר ספק יודגש כי הסכום הנקוב בסעיף זה לא ישולם בגין השתלות שבוצעו בישראל.

6.2 **פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה- כיסוי ביטוחי למחלה קשה:**
ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 265,440 ₪ בתנאי שהמבוטח הגיש תביעה לחברה בגין הצורך הרפואי בטרם ביצע ההשתלה בצירוף מסמכים רפואיים וחוות דעת רפואית בדבר הצורך בהשתלה ובכפוף להמצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי

להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר.
לחלופין, הצורך להשתלה יתקיים במצב של אי ספיקת כליות כרונית. "אי ספיקת כליות כרונית"- חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאליה או לדיאליה (פריטונאלית) ובהתקיים כל התנאים הבאים: (1) רמת ה-eGFR קטנה מ-20. ואולם מקום בו המבוטח מצוי בטיפול דיאליה נדרשת כי רמת ה-eGFR תהא קטנה מ-10; (2) רמת קריאטינין מעל 4.5.

מימש המבוטח את זכאותו לקבלת הפיצוי בהתאם לסעיף 6.1 או 6.2 לעיל, לא יהיה זכאי לקבל כל שיפוי או פיצוי או גמלה על פי פרק זה בגין ההשתלה או בקשר אליה. פיצוי לפי סעיף זה לא יינתן בגין השתלת מח עצם עצמית וקרנית.

למען הסר ספק יודגש כי פיצוי זה יבוא במקום כל תגמול אחר בגין ההשתלה.

7.

סייגים לאחריות המבטח

בנוסף לסייגים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבטח יהיה פטור מחבותו על פי נספח זה בגין הטיפולים המפורטים להלן:

7.1 טיפולים רפואיים שאינם טיפולים רפואיים קונבנציונאליים, לרבות טיפולים הומיאופתיים.

7.2 טיפולים רפואיים ו/או טכנולוגיות רפואיות, הניתנים במסגרת ניסיונית או מחקרית ואשר לא אושרו על ידי הרשויות המוסמכות כדוגמת משרד הבריאות, FDA, EMEA וכדומה, כטיפולים יעילים לטיפול במחלתו של המבוטח, במועד מתן הטיפול.

7.3 טיפולים בעקרות, אי פוריות, היריון ו/או לידה.

7.4 בדיקות גנטיות לאיתור סרטן ו/או אפיזון של תהליכים ממאירים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1.

הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

מקרה הביטוח:

1.1

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול תרופתי במהלך תקופת הביטוח אשר מחייב על פי הוראת רופא טיפול תרופתי באמצעות אחת מאלה:

1.1.1 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** - כל תרופה שאינה כלולה

בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן המדינות המוכרות; ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA)),

תוספת החל מ 1.4.2023:

ו/או כיסוי לתרופה אשר ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' והתרופה רשומה באחת מהמדינות המפורטות לעיל למחלה כלשהי.

1.1.2

תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות - כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה או איסלנד.

תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

1.1.3

תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL -

תכוסה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה- FDA
2. American Hospital Formulary Service Drug information
3. US Pharmacopoeia Drug Information
4. Drugdex MICromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II a
 - ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או II a
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
ה. שלושה פרסומים מדעיים מהעיתונות רפואית המוכיחים את יעילותה של התרופה לטיפול במחלתו של המבוטח.

1.1.4 תרופת יתום.

1.2 **תקופת התגמול** - תקופה מרבית לתשלום בגין התרופה.

1.3 **למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**

1.4 **סכום שיפוי מרבי** – גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח בגין כל מקרי הביטוח ולאחר ניכוי השתתפות עצמית.

1.5 **מחיר מרבי מאושר** – הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשתנה מעת לעת ובכפוף לסעיף 4.1 להלן.

2. **הכיסוי הביטוחי:**

החברה תספק למבוטח את התרופה או תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:

2.1 **המבוטח יפנה לקבלת אישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. בהעדר אישור מוקדם של החברה (המבטח) לרכישת התרופה- אנא ראה הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים.**

2.2 **החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות כמפורט בסעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים), ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה**

2.3 **חובת החברה על פי פרק זה תהיה אך ורק בגין הוצאות שהוצאו בפועל.**

2.4 **השתתפות עצמית**- בנוסף לאמור בסעיף 2.3 לעיל, תשלם החברה אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית למרשם שהינה 204 ₪ למרשם לחודש ולא יותר מ-306 לכלל המרשמים לחודש. למרות האמור לעיל, המבוטח לא יישא בהשתתפות עצמית חודשית במידה ועלות המרשם לחודש עולה על 3,063 ₪.

2.5 **תקרת כיסוי**- סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה בסך 1,531,383 ₪ לתקופת בת כל 30 חודשים. **תוספת החל מ 1.4.2023 בכפוף למדד אשר פורסם ב 15.3.2023 13461 נק':** לתרופות מכח סעיף 29 ג' כאמור לעיל בסעיף 1.1.1 תקרת כיסוי בסך 250,000 ₪ למקרה ביטוח מתוך התקרה הכללית של כיסוי זה, ובמידה ותתברר התרופה כיעילה לטיפול במבוטח, עד לתקרה של 500,000 ₪ מתוך התקרה הכללית של כיסוי זה.

2.6 **החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 153 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח. סכום זה בא בנוסף לשיפוי בגין עלות התרופה.**

הוצאות מוכרות:

לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

הגבלות נוספות לאחריות החברה:

בנוסף ומבלי לגרוע מהסייגים הכלליים והמיוחדים בפוליסה, החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.

4.1 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.

תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום השיפוי המרבי לתרופה, על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב.

במידה שלתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המרבי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, במחירי דולר ארה"ב.

4.2 בנוסף לאמור לעיל לא תהיה החברה אחראית לכל תשלום על פי פרק זה בגין:

4.2.1 תרופה ניסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת.

4.2.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים ו/או לדיאטה ו/או משקל ו/או גמילה מעישון.

4.2.3 תרופות למחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים

4.2.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.

4.2.5 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, 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.

4.2.6 מקרה הביטוח הנובע ו/או קשור לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות ו/או טיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות

4.2.7 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות

4.2.8 הוצאה מוכרת שהוצאה בחו"ל ו/או לאחר תום תקופת הביטוח.

4.2.9 שתל ו/או אבזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה.

4.2.10 אבזר מצופה תרופה.

הגבלת גבולות אחרות מחוץ למדינת ישראל

5. המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח על פי נספח זה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל למעל 180 יום רצופים. נספח זה אינו מכסה מבוטח ששווה בחו"ל מעבר לתקופה האמורה, כל עוד נמצא המבוטח בחו"ל. חזר מבוטח לגבולות המדינה ויוכיח את זכאותו לתגמולים, המבטח ישלם לו תגמולי ביטוח החל ממועד שובו לישראל, עפ"י תנאי הפוליסה ולא יותר מסכום השיפוי המירבי לביטוח הנקוב בנספח זה. **תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.**

הגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח - 1-12-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות

פרק ג' 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם 5,000 ₪ השתתפות עצמית

החל מ 1.4.2023 גובה השתתפות עצמית עלה מ 3,000 ₪ ל 5,000 ₪

פרק זה הנו בהתאם לתוספת הראשונה בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה- 2015 והוראות חוק ההתייעלות הכלכלית ותיקוני החקיקה שם.

- 1. הגדרות:**
 - 1.1 בית חולים פרטי -** אחד מאלה:
 - 1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי,** כהגדרתו בסעיף 19 לחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2 בית חולים ציבורי כללי -** כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו בי"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
 - 1.2 התייעצות -** התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
 - 1.3 טיפול מחליף ניתוח -** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
 - 1.4 מרפאה כירורגית פרטית -** מרפאה בישראל, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
 - 1.5 ניתוח -** פעולה פולשנית - חדיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
 - 1.6 רופא מומחה -** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
 - 1.7 קופת חולים -** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
 - 1.8 שתל -** כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי
 - 1.9 תקופת אכשרה -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

- 2. מקרה הביטוח**
מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪ שבוצעו בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
כמו כן, מובהר כי במידה ומבוטח יפנה למימוש זכאותו בשב"ן וישראל השתתפות עצמית בשב"ן, חברת הביטוח תשפה את המבוטח ותחזיר לו את גובה השתתפות העצמית המלאה אשר שילם המבוטח בשב"ן.

- 3. הכיסוי הביטוחי:**
בקות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
3.1 **3 התייעצויות** בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכונה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**

- 3.2 שכר מנתח;
3.3 כיסוי **הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:
3.3.1 שכר רופא מרדים.
3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.
3.3.3 ציוד מתכלה.
3.3.4 שתלים.
3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.
3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.
3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

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

- 4. תקופת האכשרה:**
4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.
4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

- 5. הגבלות לאחריות המבטח:**
בנוסף לסייגים וההחרגות הכלליים בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:
5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה;

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

- 5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט

הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח לקיצור קיבה עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

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

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

5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

5.7 מקרה ביטוח שארע במישרין עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבטח בגוף ביטחוני או משטרי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

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

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

6. תנאים מיוחדים לפרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

תנאים מיוחדים אלו יחולו על הפרק לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן - "פרק הניתוחים").

הגדרות (סעיף 1 לתוכנית):

6.1 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות ממקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שבהסכם או שירות אחר, בניכוי השתתפות עצמית, ככל שנקבעה בפרק הניתוחים ו/או בכל הרחבה לפרק הניתוחים. סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח - לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ממוצע ההסדרים עם נותני השירותים כאמור שהיו באותה העת וכמפורסם באתר האינטרנט של החברה.

6.2 נותן שירות שבהסכם - ר' ההגדרה בפרק התנאים הכלליים.

מימוש הזכויות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:

6.3.1 ביחס לניתוחים- רק באמצעות נותני שירות שבהסכם (עם המבטח).
המבטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה הביטוח שהנו ניתוח לפי תכנית זו.

לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע הניתוח בגין מקרה הביטוח. **על אף האמור בסעיף 13.2 לתנאים הכלליים, מובהר כי המבטח לא יתן החזר כספי או תשלום כלשהו למבטח במקרה של ניתוח על ידי נותן שירות שבהסכם.**

6.3.2 ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות – באמצעות נותן שירות שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר. במקרה בו מקרה הביטוח הנו באמצעות נותן שירות שבהסכם, המבטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין המקרה ביטוח. לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. המבטח ישלם למבטח או ישירות לנותן שירות שבהסכם או לנותן שירות ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יהא **רק עד לסכום השיפוי המרבי.**

6.3.3 "בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח" – מובהר כי הינן לרבות, בדיקה פתולוגית, בדיקות מעבדה המתבצעות במהלך האשפוז, בדיקות הדמיה המתבצעות על פי דרישת המנתח לקראת ניתוח ו/או במהלכו.

6.3.4 בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש, שקבע כי מצבו הרפואי של המבטח מחייב ניתוח.

6.3.5 בכפוף לאישור המפקח על הביטוח, המבטח יהיה רשאים לקבוע לגבי מקרים חריגים שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים בתחומים ייחודיים, כי היה רשאי להציע, לתקופת זמן מוגבלת, החזר כספי למבטח ביחס ל ניתוחים באמצעות נותן שירות אחר. אפשרות כזו, ככל שתהא ובמתכונתה המאושרת, תפורסם באתר האינטרנט של החברה.

תשומת לב המבטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

פרק ג' 2- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מסלול משלים שב"ן

פרק זה הנו בהתאם לתוספת הראשונה **בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה- 2015 והוראות חוק ההתייעלות הכלכלית ותיקוני החקיקה שם.**

פרק זה מיועד למבוטחים החברים באחת מתוכניות השב"ן בלבד. הזכויות לתגמולי ביטוח כאמור בפרק זה הינה לאחר מיצוי הזכויות לתגמולי ביטוח (שיפוי, פיצוי, הנחה ו/או השתתפות) להם זכאי המבוטח, במידה והינו זכאי להם, במסגרת תוכנית השב"ן בה המבוטח חבר. **דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין מסלול בעל כיסוי ביטוחי לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (מסלול אשר תגמולי הביטוח משולמים בו ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).**

1. **הגדרות:**
 - 1.1 **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - 1.1.1 **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי**, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2 **בית חולים ציבורי כללי** - כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו ב"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.2 **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
 - 1.3 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
 - 1.4 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה בישראל, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
 - 1.5 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
 - 1.6 **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
 - 1.7 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

- 1.8 **שתל** - כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 **תכנית שב"ן / שב"ן** - תכנית לשירותי בריאות נוספים אשר אינם כלולים בסל הקופה שירותי הבריאות מכח חוק בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. תכנית זו מוצעת על ידי קופת החולים לחבריה בעצמה או על ידי חברת בת שבשליטתה המלאה.
- 1.11 **ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל** - כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל באמצעות נותני שירות שבהסכם בלבד ו/או בשל התייעצויות בישראל ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל, הכלול בתכנית ביטוח שהוצאה לפי התוספת הראשונה תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה-2015 לביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ולפי החקיקה הנוספת הנוגעת לעניין זה.
- 1.12 **ביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל** - ביטוח המתחשב בזכויות הניתנות במסגרת השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים ו/או טיפולים מחליפי ניתוח ו/או התייעצויות בישראל והנותן כיסוי ביטוחי להשלמת ההפרש בין סך ההוצאות בפועל לבין סך ההוצאות להן זכאי המבוטח לקבל על פי תנאי השב"ן בגין ביצוע הניתוח בישראל ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ו/או התייעצויות בישראל ועד לתקורת נותן השירות שבהסכם בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ותוכנית זו ובכפוף לאמור בביטוח זה להלן. מובהר כי ביטוח משלים שב"ן תשלם את ההפרש האמור על כל מרכיב בביטוח זה ולא רק בגין הניתוחים הפרטיים בישראל, מקום בו קיימות למבוטח זכויות להחזר על פי תכנית השב"ן.
- 1.13 **"מועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן"** - מועד הביטול יהיה על פי אחד מהמועדים הבאים, המוקדם מביניהם:
 1.13.1 מועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן ו/או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.
 1.13.2 המועד בו על פי תקנון השב"ן נכנסה לתוקף בקשת המבוטח להיגרע מתוכנית השב"ן.
- 1.14 **תקופת אכשרה בשב"ן** - תקופת זמן רצופה המתחילה במועד ההצטרפות לתוכנית השב"ן ו/או לחלקיה ו/או לפרקיה, הנקבעת על ידי קופת החולים המספקת את השב"ן והמשתנה מכיסוי לכיסוי ומקופת חולים לקופת חולים ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל חלק ו/או פרק בתוכנית השב"ן.
- 1.15 **"אישור רשמי מקופת החולים"** - אישור כתוב על דף הנושא את שם וסמל קופת החולים, חתום על ידי מורשה מטעם קופת החולים בצירוף חותמת קופת החולים.

- 2. מקרה הביטוח:**
מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח, או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- 3. הכיסוי הביטוחי:**
בקורות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי מעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח במקרה הביטוח במסגרת השב"ן בה הוא חבר עבור מקרים אלה בלבד:
3.1 **3 התייעצויות** בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.**
- 3.2 שכר מנתח.**
- 3.3 כיסוי הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:
3.3.1 שכר רופא מרדים.
3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.
3.3.3 ציוד מתכלה.
3.3.4 שתלים.
3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.
3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.
3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).
3.4 **טיפול מחליף ניתוח;**
כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח.
- 4 תקופת אכשרה**
4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.
4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.
- 5. הגבלות לאחריות המבטח**
המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:
5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.
5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: (א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; (ב) ניתוח לקיצור

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

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

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

5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

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

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

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

6. תנאים כלליים מיוחדים לביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

הגדרות 6.1

6.1.1 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המירבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות ממקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שבהסכם או אחר, לפי העניין, בניכוי השתתפות עצמית, ככל שנקבעה בתוכנית ו/או בכל הרחבה לתוכנית ו/או בדף פרטי הביטוח ביחס להן **וביחס למרכיב הניתוחים (מנתח, הוצאות ניתוח) והטיפולים מחליפי ניתוח ו/או התייעצויות והכל בניכוי החזר ההוצאות להן זכאי המבוטח על פי תוכנית השב"ן.**

סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח - לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח).

במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ממוצע ההסדרים עם נותני השירותים כאמור שהיה באותה העת וכמפורסם באתר האינטרנט של החברה.

6.1.2 **נותן שירות שבהסכם** - ר' ההגדרה בפרק התנאים הכלליים.

6.1.3 **הוצאות בפועל** - סך ההשתתפות העצמית של המבוטח בגין מקרה ביטוח.

- 6.2.1 מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:
ביחס לניתוחים- רק באמצעות נותני שירות שבהסכם עם המבטח
 (רופא ובית חולים)
ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות – באמצעות נותן שירות שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר.
- 6.2.2 המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו. במקביל יפנה המבוטח לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן.
- 6.2.3 **אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי פרק ניתוחים זה. למען הזהירות ועל מנת שלא להתחייב להוצאות שלא יוכרו לאחר מכן על ידי המבטח, מומלץ למבוטח לקבל את אישור המבטח למקרה הביטוח (כגון: הניתוח, טיפול מחליף הניתוח) לפני ביצועו.**
- 6.2.4 לאחר פניית המבוטח לשב"ן למימוש הזכאות על פי תנאי השב"ן ולאחר שעבר את מקרה הביטוח (הניתוח/טיפול מחליף ניתוח/ התייעצות) ישלם המבטח למבוטח ו/או לנותן השירות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין החזר ההוצאות להן המבוטח זכאי על פי תנאי השב"ן (להלן: "ההפרש").
- 6.2.5 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי סה"כ סכום החזר ההוצאות למבוטח על ידי המבטח והזכאות להחזר על פי תנאי השב"ן ביחד, לא יעלה על סכום השיפוי המירבי .**
- 6.2.6 **החזר ההוצאות יינתן עבור ההוצאות בפועל של המבוטח על פי קבלות כמפורט בסעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים לעיל.**
- 6.2.7 **על מנת שהמבטח יוכל לשלם למבוטח ו/או לנותן השירות את ההפרש כאמור לעיל, ימציא המבוטח למבטח אישור רשמי מקופת החולים על קיום זכאות המבוטח ועל סך ההוצאות בפועל בהן יחוייב על פי תנאי השב"ן.**
- 6.2.8 **במקרים הבאים בלבד לא תהיה קיומה של הזכאות על פי תכנית השב"ן תנאי מוקדם לקיום חבות המבטח על פי תכנית זו:**
- 6.2.8.1 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישפה המבטח את המבוטח ו/או ישלם לנותן השירות עבור סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפול מחליף ניתוח בישראל המשווקת באותה העת בחברה.
- 6.2.8.2 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר וזאת על פי אישור רשמי מקופת החולים (להלן: "הקופה") אותו ימציא המבוטח למבטח לגבי ההוצאות שהיו משולמות לו על ידי הקופה במקרה זה.
- על האישור הרשמי מקופת החולים האמור לציין מפורשות כי המבוטח אינו זכאי לקבל החזר הוצאות ו/או שירותים על פי תנאי

השב"ן בגין מקרה הביטוח ואת הסיבה לאי הזכאות.

במקרה ולא ימציא המבוטח אישור רשמי מקופת החולים כאמור למבטח, יסתמך המבטח לצורך התשלום למבוטח ו/או לנותן השירות על מידע שאסף אודות ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצות זהה או דומה ששילם הוצאותיו למבוטח/ים בעבר במסגרת תכנית זו או הדומה לה במהותה. **למען הסר ספק, מוצהר ומוסכם בזאת, כי על המבוטח לשתף פעולה עם המבטח להשגת האישור האמור.**

6.2.8.3 מבטח שגויס לשרות חובה סדיר בצה"ל וזאת למשך כל תקופת שירותו בשרות חובה סדיר. למען הסר ספק, האמור לעיל אינו כולל שירות מילואים ו/או קבע בצה"ל.

6.2.9 להוציא בגין ניתוחים עם נותן שירות שבהסכם, המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות שבהסכם, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יהא **רק עד לסכום השיפוי המירבי.**

6.2.10 "בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח" – מובהר כי הינן לרבות, בדיקה פתולוגית, בדיקות מעבדה המתבצעות במהלך האשפוז, בדיקות הדמיה המתבצעות על פי דרישת המנתח לקראת ניתוח ו/או במהלכו לאחר שנקבעה אבחנה של צורך בניתוח.

6.2.11 טיפול מחליף ניתוח : בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבוטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש, שקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ניתוח.

6.2.12 ברות ביטוח: המבוטח בתוכנית זו יהיה זכאי לברות ביטוח על פי הגדרתה ותנאיה המפורטים להלן:

6.2.12.1 "ברות ביטוח" – זכאות של המבוטח למעבר מביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לביטוח ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המשווקת על ידי החברה באותה העת ברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה ובכפוף לתנאים המפורטים להלן. בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

א. סיום חברות המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת.

ב. מעבר לתוכנית שב"ן בקופה אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח, בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת)

6.2.12.2 המעבר בין הביטוחים יעשה בכפוף לבקשת המבוטח בכתב למבטח תוך 60 יום ממועד הודעת קופ"ח על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים. ובכפוף לתשלום הפרמיה המלאה בגין ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

6.2.12.3 לא מימש המבוטח זכות זו באמצעות הודעה בכתב לחברה תוך 60 הימים המפורטים לעיל, תפקע זכות זו מאליה.

6.2.12.4 תחילת תקופת הביטוח של ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובכפוף לכל התנאים וכל הסייגים בביטוח זה ובתנאים כלליים בפוליסה זו.

6.2.12.5 פקעה הזכות הנ"ל כאמור ועקב כך ירצה המבוטח לבטל תכנית זו, עליו להודיע על כך למבטח בכתב והביטול יכנס לתוקף במועד קבלת ההודעה אצל המבטח. המבטח יחזיר למבוטח אך ורק פרמיות אשר נגבו לאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם

פרק ד' - ניתוחים בחו"ל

1.

הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"מקרה הביטוח"** – מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי המכוסה על פי פוליסה זו, שנקבע על ידי רופא שהתמחותו בתחום בו נדרש הניתוח ואשר בחר המבוטח לבצעו בחו"ל והכל במהלך תקופת הביטוח לראשונה.

1.2 **"תיאום הניתוח"** – התקשרות וסידורים אדמיניסטרטיביים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו', יעשו ישירות על ידי החברה בלבד.

1.3 **"בית חולים בחו"ל"** – מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.

1.4 **"הטסה רפואית"** – הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בכפוף לבדיקת רופא מטעם החברה ובדיקה כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

2.

תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות בקרות מקרה הביטוח, בגבולות ובתנאים המפורטים להלן: הניתוח והשירותים הרפואיים שמכח פרק זה בפוליסה להלן יבוצעו במסגרת נותני שירותים שבהסכם עם החברה.

היה והניתוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה- תקרת השיפוי המרבית תהיה **200%** (או 300% במקרה של ניתוח מוח בחו"ל- ניתוח לסילוק גידול ממאיר או שפיר) מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל/ מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה הגבוה ביותר תהיה עלות, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל.

אחריות המבוטח על פי נספח זה מותנית ומוגבלת לכך שהמבוטח הינו תושב ישראל המתגורר בישראל כדרך קבע, יצא מישראל למטרת ביצוע הניתוח בחו"ל וחזר לישראל לאחר מכן.

פרוט הכיסויים עבור ניתוח המבוצע בחו"ל:

2.1 שכר מנתח/ מרדים:

שכר מנתח ו/ או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור שניתן מראש על ידי החברה ישולם ישירות למנתח ולמרדים. בהעדר אישור החברה- ראו הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה.

2.2 כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל:

החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל המושתל בגופו של המבוטח במהלך הניתוח, אשפוז עד 30 יום, בדיקה פתולוגית וחווות דעת שנייה בגינה ובדיקות מעבדה והדמייה הקשורות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז.

- 2.3 **כיסוי להוצאות טיסה ושהייה:**
 במידה והמבוטח נזקק להטסה רפואית על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 7 ימים ברציפות או במקרה של ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוח מעקפים), או בניתוח מוח, ישופה המבוטח גם בהוצאות שלהלן:
הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. **הוצאות שהייה** למבוטח ומלווה אחד עד לסכום מרבי בסך של 766 ₪ ליום למבוטח ו- 664 ₪ למלווה ולתקופה מרבית של 30 יום.
 אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירות רגילה בטיסה סדירה באותו מועד ל- 2 מלווים כיסוי מלא. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לקטין ול- 2 מלווים לא יעלה על 1,531 ₪ ליום ולא יותר מ-255,231 ₪ ולתקופה מרבית של 30 יום.
- 2.4 **הטסה רפואית:**
 במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד סכום ביטוח מרבי של 86,778 ₪ להטסה אחת. הצורך בהטסה רפואית בכפוף לבדיקת רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי של המבוטח.
- 2.5 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:**
 החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים מיום שחרורו מבית"ח בחו"ל שם בוצע הניתוח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה ללא תקרה.
- 2.6 **פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול:**
 אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 7 ימים רצופים, יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 10,209 ₪ לכיסוי הוצאות שונות, וזאת בעת שובו של המבוטח לישראל.
יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 7 ימים.
- 2.7 **שיפוי לאחר אשפוז ממושך:**
 אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 7 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט להלן עד תקרה של 7,146 ₪ לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח:
 טיפולים פיזיותראפיים – עד 12 מפגשים, עד 153 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.
 ריפוי בעיסוק - עד 12 מפגשים, עד 153 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.
 ייעוץ דיאטטי - עד 12 מפגשים, עד 153 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.
 שיקום כושר הדיבור - עד 12 מפגשים, עד 153 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.
יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 7 ימים.

3. תביעות:

בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח יידע את החברה באופן מיידי על רצונו לבצע את הניתוח בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת. על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח מרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח בחו"ל. **קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה. בהעדר אישור כאמור- ר' הוראות בסעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו.**

4. תקופת אכשרה: בת 30 יום, במקרים הקשורים להריון לידה ופוריות תקופת האכשרה תהיה בת 6 חודשים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

פרק ה'- שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 **"מקרה הביטוח"** – המבטח יפצה או ישפה את המבטוח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים, אשר יפורטו להלן עקב בעיה רפואית פעילה, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- "בעיה רפואית פעילה"** – בעיה רפואית הדורשת תהליך אבחון (שאינו מעקב שהבעיה הרפואית איננה פעילה עוד ו/או אינו בדיקות שגרה) ו/או קבלת החלטות רפואיות לטיפול בבעיה הרפואית. היריון יכלול בהגדרה זו.
- 1.2 **"מועד קרות מקרה הביטוח"** – המועד בו ניתן השירות הרפואי למבטח.
- 1.3 **"רופא מומחה"** – רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.
- 1.4 **"התייעצות"** – ביקור אצל רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבטח ודרכי טיפול אפשריות. למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים המטפלים במבטח באופן קבוע לא תכוסה במסגרת סעיף זה.
- 1.5 **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** – בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו.

2. בכל הבדיקות שלהלן תהא השתתפות עצמית בסך 20% אלא אם כתוב אחרת בסעיף ספציפי:

- 2.1 **בדיקות היריון –**
 - 1.6.1 סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, קנוון
 - 1.6.2 בדיקת שקיפות עורפית, חלבון עוברי
 - 1.6.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר או מאוחרת (לפי בחירת המבטחת)
 - 1.6.4 בדיקת מי שפיר או סיסי שליה (לפי בחירת המבטחת) או NIFTY (בדיקה חלופית למי השפיר - תכוסה רק בהמלצת רופא לבדיקת מי שפיר) (לרבות צ'יפ גנטי).
 - 1.6.5 בדיקת אקו לב עובר
 - 1.6.6 בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI
- המבטח ישתתף בעלות של 80% מבדיקות ההיריון, שתבצע המבטחת, המפורטות בסעיף זה לעיל. סך ההחזר של המבטח בגין כל בדיקות ההיריון יחד יהא עד 1,225 ש"ח סה"כ
- לסעיף זה תקופת אכשרה בת 6 חודשים. לא יכוסה יותר מהריון אחד לשנת ביטוח.**

- 2.2 **התייעצות עם רופא מומחה:**
השתתפות המבטח בהתייעצות עם רופאים מומחים. יינתן החזר של עד 817 ₪ להתייעצות.
כל מבטח יהיה זכאי ל-2 התייעצויות בשנת ביטוח. **הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה רופא ילדים ומעקב הריון.** למרות האמור לעיל תכוסה התייעצות עם רופא ילדים מומחה שאינו המטפל בדרך שגרה בילד אחת לכל מבטח לשנת ביטוח. המבטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.
- 2.3 **בדיקות רפואיות אבחנתיות (שאינן קשורות לניתוח):**
השתתפות המבטח בסכום של עד 6,126 ₪ לבדיקה ולא יותר מ- 15,314 ₪ למבטח לשנת ביטוח בגין: בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T) בדיקת טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת, הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבטח או לקביעת דרכי הטיפול בו. המבטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.
מובהר כי בדיקת קולונסקופיה לצורך מניעתי אינה כלולה עם סעיף זה.
- 2.4 **טיפול פיזיותרפיה/הידרותרפיה:**
המבטח ישלם ישירות לנותן השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי לפי הוראת רופא שבהסכם, או ישפה את המבטח כנגד קבלות, עד 16 טיפולים לשנת ביטוח ועד 2,552 ₪ לשנת ביטוח לכל הטיפולים, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 2.5 **טיפול פריזון:**
מבטח/ת, בגין ילדו/ה השלישי יהיה/תהיה זכאי/ת להשתתפות בהוצאות טיפולי פריזון עד 80% מההוצאות בפועל כנגד קבלות ועד תקרה של 13,272 ₪ לסדרת טיפולים אשר יבוצעו בגופו של המבטח/בגופה של המבטחת בהמלצת רופא פריזון. יכוסו עד שלוש סדרות טיפולים למבטחת בכל תקופת הביטוח. הכיסוי יינתן רק למבטח/ת בפוליסה. למען הסר ספק, הכיסוי לא יינתן לבן/בת זוג אשר אינו מבטח תחת פוליסה זו. **לסעיף זה תקופת אכשרה בת 6 חודשים.** "הוצאות טיפולי פריזון" לעניין ס"ק זה הינן בגין טיפול הפריה חוץ גופית (I.V.F) כולל טיפולי מיקרומניפולציה אשר בוצע על פי הפניה של רופא מומחה במחלקה לטיפול בלקוי פריזון וכן תהליך השבחת זרע. **למען הסר ספק מובהר כי טיפולי ההפריה לא כוללים טיפולים אלטרנטיביים ו/או תרומת ביצית ו/או תרופות ו/או זריקות ככל שהן נדרשות ו/או הקשורות בטיפול הפריה, פוריות, פריזון או לקוי פוריות.**
- 2.6 **טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים:**
החזר בגין טיפולים רדיותרפיים או כימותרפיים עד לסך של 10,209 ₪ לכל שנת ביטוח. המבטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.
- 2.7 **שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- AMBLYOPIA:**
המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראייה בהיות המבטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה בעקבות אירוע מוחי או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראייה ושניתן לشفרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראייה וזאת עד לסכום של 12,251 ₪ לשנת ביטוח למבטח. המבטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.
מובהר כי טיפולים בתא לחץ כלולים בסעיף זה.

אביזרים רפואיים:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח עבור הוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין רכישת אביזר רפואי, לו נזקק המבוטח עקב מצב רפואי המצריך שימוש באותו אביזר רפואי, עפ"י הפניה מפורטת בכתב מרופא מומחה מטעם המבוטח וזאת בכפוף ל- 25% השתתפות עצמית ועד תקרה של 3,063 ₪ לתקופת ביטוח של 3 שלוש שנים לאביזרים שיפורטו להלן :

מערכת CPAP

מכשיר אלקטרוני ליישור הגב

מכשיר BPAP, מכשירי הנשמה

חבישות לחץ

מכשיר שמיעה

מכשיר

NS, תותב לאין אונות

פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי,

רצועות / מכשיר לאבדוקציה לתינוקות

משאבת אינסולין וסד גבס

חגורת בקע, חגורה מתקנת,

גלוקומטר (מכשיר למדידת סוכר), מכשיר אוטומאטי / חצי אוטומאטי למדידת לחץ דם

מקלונים לבדיקת סוכר

פרוטזה חיצונית לשד

תומכים ומגינים לצוואר ולכתף

גרביים אלסטיות

חגורה אורטופדית

עזרי הליכה: מקל הליכה, טריפוד, קוודרפוד, קביים מכל הסוגים, נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים כגון: חולי סכרת הסובלים ממנק או חוסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.

משקפיים יכוסו בתנאי שמדובר במחלות: קרטקנוס, קוצר / רוחק ראייה מעל 7, קוצר/רוחק ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיס מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד), כמו כן, משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

טיפולם בילדים (ילדים בני 2-18):

2.9.1 בגין אבחון דידקטי אצל מאבחן דידקטי, ו/או בדיקה פסיכולוגית אצל פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי, ו/או אבחון פסיכודידקטי אצל פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי בעקבות הפנייה לביצוע האבחון של רופא נירולוג ילדים ו/או פסיכיאטר ילדים ו או רופא משפחה, עד לסך של 1,225 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% כיסוי זה יינתן בכל שלוש שנות ביטוח.

2.9.2 בגין מבחן אבחון T.O.V.A , BRC , MOXO ועד לסך של 1,021 ₪ והשתתפות עצמית של 20% בכל תקופה של שלוש שנות ביטוח.

2.9.3 ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים ו/או קלינאות תקשורת ו/או פסיכולוגיה, בעקבות בעיה מאובחנת בהתפתחות הילד ו/או לקויות למידה הנדרשים על פי קביעת רופא נירולוג ילדים ו/או פסיכיאטר ילדים ו או רופא משפחה. לטיפולים המכוסים בסעיף זה תהיה תקרת החזר בגובה 102 ₪ לטיפול ולא יותר מ-10 טיפולים בכל 3 שנות ביטוח.

2.10 טיפולים ברפואה משלימה:
המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו בגין עד 12 טיפולים לשנה מתחום הרפואה המשלימה המפורטים בסעיף זה מטה ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא בסך של 153 ₪ לטיפול ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% מעלות הטיפול לטיפול. הטיפולים המכוסים על פי סעיף זה הינם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו-פידבק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, טווינה ורפואה סינית.

2.11 חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בחו"ל:
מבוטח יהא זכאי להחזר בגין עלויות של חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל, ועד תקרה מקסימלית של 6,126 ₪ לחוות דעת אחת ולמקרה ביטוח ובהשתתפות עצמית של 204 ₪.

3. חריגים:
3.1 בנוסף לחריגים הכלליים של הסכם זה יחולו על פרק זה החריגים שלהלן:
שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתיתם כטיפולים עתידיים.

3.2 בדיקות תקופתיות, בדיקות שגרה, טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית, מעקב הריוני.

3.3 שירותים שלא בוצעו במהלך תקופת הביטוח.

3.4 שירותים שבוצעו בחו"ל.

4. תקופת אכשרה – בת 90 יום למעט לגבי סעיפים 2.1 ו- 2.5 (בדיקות היריון וטיפולי פריון), אשר לגביהם תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

דף רשימה

תקופת הביטוח: 1.2.2020-31.01.2025 (5 שנים)

מדד עסקה: המדד אשר פורסם ביום 15.1.2020 12427 נק'.

מדד פרסום חוברת לאחר ביצוע התאמת הפרמיה: המדד אשר פורסם ביום 15.3.2023 לפי 13461 נק'.

דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כדלקמן:*

גיל המבוטח	ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם 5,000 ₪ השתתפות עצמית	ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
עובד**	117 ₪	111 ₪
בן זוג	135 ₪	128 ₪
ילד מעל גיל 25	117 ₪	111 ₪
ילד עד גיל 25*	27 ₪	25.5 ₪

פרמיה חודשית הינה צמודת מדד .

*ילד שלישי ואילך חינם.

**מובהר כי המעסיק מממן את הפרמיה החודשית באופן חלקי לעובד ולמעט שווי מס.

**חברת הייעוץ פרש קונספט ניהול
סיכוני בריאות בע"מ מלווה את הנהלת
החברה ואת המבוטחים בכל הקשור
לפוליסת הבריאות.**

יועץ הביטוח הבכיר המלווה את הארגון
מטעם פרש קונספט הוא - אהוד ליפשיץ
דוא"ל: ehud.bit@gmail.com
טלפון: 073-2291301

**במקרה של תביעה, בירורים ושאלות,
ניתן לפנות למוקד fnx4u**

*3455
03-7332222