



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי אמדוקס ישראל ובני משפחותיהם





עובדות ועובדים יקרים,

במסגרת מחויבותנו לחוויית עובד יוצאת דופן, אנו שמחים להציג בפניכם את ביטוח הבריאות הקבוצתי המחדש של אמדוקס לעובדות ועובדי החברה ובני משפחותיהם.

באמדוקס, אנו מאמינים שבריאות ורווחת העובדים הן הבסיס לעשייה משמעותית. אנחנו כאן כדי לתמוך בכם גם ברגעים שבהם החיים מציבים אתגרים. לכן יצרנו תכנית בריאות שמציעה כיסוי רפואי רחב, חדשני ומותאם אישית, המעניק לכם ביטחון ושקט נפשי ויסייע לכם בעת הצורך.

הפוליסה נבנתה יחד עם מומחים חיצוניים וכוללת מעטפת תמיכה במצבים רפואיים מורכבים – בארץ ובעולם – לצד שירותים חשובים כמו ייעוץ עם מומחים, בדיקות הריון ובדיקות אבחנתיות.

העובדים שלנו הם הסיבה שאנחנו עושים את מה שאנחנו עושים. לכן, אנו בוחרים לספק לכם פתרונות שמקדמים רווחה, גמישות וחוויות חיים מלאה ומשמעותית, כחלק בלתי נפרד מהתרבות הארגונית שלנו.

הפוליסה מבית חברת "הפניקס" מנוהלת על ידי סוכנות "מבטח סימון" שנציגיה הייעודיים ילוו אתכם בכל שאלה ובכל שלב.

מאחלים לכם בריאות שלמה,

צוות אמדוקס

לפרטים נוספים, ניתן לפנות למבטח סימון:

שירות לקוחות, 08:30-16:00; טלפון: 03-7966820

להצטרפות hmvs@mvs.co.il

להגשת תביעה thmvs@mvs.co.il

אתר הבריאות והגשת תביעה אונליין www.mvs.co.il/health, סיסמה itsmylife

מנהלי ומנהלות התיק:

ערן חן eranc@mvs.co.il, 052-7740019

טלי מלכה talim@mvs.co.il, 050-8490049

כוכי דיין kocchyd@mvs.co.il, 050-3371002

תוכן עניינים

2	גילוי נאות
34	פרק תנאים כלליים
54	פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
61	פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
67	פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
	פרק 4 - ניתוחים בישראל
72	משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית
81	פרק 5 - שירותים רפואיים אמבולטוריים:
91	פרק 6 - אשפוז בית
92	פרק 7 - יעוץ ובדיקות
96	פרק 8 - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים
100	פרק 9 - טיפולי שיקום, טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה
105	פרק 10 - אבחון רפואי מהיר
111	דף רשימה

תמצית תנאי הביטוח – אמדוקס ישראל בע"מ

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אמדוקס ישראל בע"מ ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	אמדוקס ישראל בע"מ . ח.פ. 511251217 ו/או אמדוקס מנג'מנט לימיטר ח.פ. 510861453
סוג הביטוח	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל ניתוחים בישראל : משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית שירותים רפואיים אמבולטוריים ליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון: ניתוח, אשפוז או מחלה קשה. אשפוז בית יעוץ ובדיקות טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים טיפול שיקום, טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה אבחון מהיר
תקופת הביטוח	01.04.2025 ועד 31.03.2030 (5 שנים) . (סעיף 7.1)
תיאור הביטוח	פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

תמצית פרטי הפוליסה

פרק 4 - ניתוחים בישראל משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית שירותים רפואיים אמבולטוריים: פרק 5 - ליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון: ניתוח, אשפוז או מחלה קשה. פרק 6 - אשפוז בית פרק 7 - יעוץ ובדיקות פרק 8 - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים פרק 9 - טיפולי שיקום, טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה פרק 10 - אבחון רפואי מהיר	תיאור הביטוח
כמפורט בס' 9 בפרק התנאים הכלליים, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלות (ס' 5), תרופות (ס' 5), ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (ס' 5), ניתוחים בישראל: משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית (ס' 6) שקל ראשון עם השתתפות עצמית 3000 ₪ (ס' 5) שירותים רפואיים אמבולטוריים: יעוץ ובדיקות (ס' 5), טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים (ס' 4.1.3, 4.2.2, 4.3.3, 4.4.2), טיפולי שיקום, טיפול בהתפתחות הילד (ס' 4.2.3), טיפולי פוריות (ס' 4.3.7), ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה (ס' 4.6.3), אבחון מהיר (ס' 8)	הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק השתלות (ר' סע' 3.7) פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (ר' סע' 3.6). פרק ליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון: ניתוח, אשפוז, או מחלה קשה (ר' סע' 2.2.12-2.2.11), אשפוז בית (ר' סע' 3.1.5).	גובה הפיצוי הכספי שאקבל

תמצית פרטי הפוליסה

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
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	שם הכיסוי	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
+		השתלות ו/או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל	
+		תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות	
	+	ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	
+		ניתוחים ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל	
+		שירותים רפואיים אמבולטוריים	

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

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח		עבור עובדים/ת ובני משפחותיהם
עלות הביטוח	סוג המבוטח	עלות (פרמיה חודשית) כוללת
	עובד/ת	114.21 ₪
	בן/בת זוג של עובד/ת	129.78 ₪
	ילד בוגר מגיל 25	46.72 ₪
	ילד/ה עד גיל 25 (*)	
(*) קיימת הטבה של ילד רביעי ואילך חינם- ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד לפחות ושלושה ילדים מאותה משפחה. הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח ובמקרה בו אחד או יותר מילדים, הפך לבגיר (מעל גיל 25) יעודכנו דמי הביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש.		
עבור גמלאים/יות (מגיל 60 ומעלה) ובני משפחותיהם		עלות (פרמיה חודשית) כוללת
עבור גמלאים/יות (מגיל 60 ומעלה) ובני משפחותיהם	סוג המבוטח	עלות (פרמיה חודשית) כוללת
	גמלאי/ת	218.03 ₪
	בן/בת זוג של גמלאי/ת ילד בוגר של גמלאי מגיל 25	56.07 ₪
	ילד של גמלאי עד גיל 25	
עבור גמלאים/יות (מגיל 60 ומעלה) ובני משפחותיהם עם ותק (*) עבודה באמדוקס מעל 20 שנים		
עבור גמלאים/יות (מגיל 60 ומעלה) ובני משפחותיהם עם ותק (*) עבודה באמדוקס מעל 20 שנים	סוג המבוטח	עלות (פרמיה חודשית) כוללת
	גמלאי/ת	114.21 ₪
	בן/בת זוג של ילד בוגר מגיל 25	129.78 ₪
	ילד עד גיל 25	46.72 ₪
(*) הטבת תעריף ותק 20 שנים תינתן אך ורק למבוטחים אשר עבדו באמדוקס ישראל במשך 20 שנים. למען הסר ספק, תקופות רילוקיישן אינן נמנות לשנות הותק. עובדים אשר נקלטו באמדוקס ישראל כתוצאה מרכישת חברות- מניין שנות העבודה בחברה הנרכשת ייספרו למניין צבירת שנות הותק לצורך הטבה זו. ההטבה חלה גם עבור בני משפחת העובד אשר היו מבוטחים עמו בביטוח.		
הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 14275 נק' שפורסם ביום 15/03/2025 ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבראות באתר רשות שוק ההון- כנס למחשבון מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.		

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
השתלות איברים שנלקחו מגופו של אדם	ס' 3.1: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם כמפורט בסעיף 1.1.1. אצל נותן שירות שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5 . שיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6 ופיצוי לפי ס' 3.7.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם כמפורט בסעיף 1.1.1. אצל נותן שירות שאינו שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5 . שיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6 ופיצוי לפי ס' 3.7 ועד תקרה של 5,000,000 ₪.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
השתלות איברים שנלקחו מבעלי חיים	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מבעל חיים כמפורט בסעיף 1.1.2.	כמפורט לעיל ועד תקרה של 3,000,000 ₪	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי	ס' 3.2: השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו. כמפורט בסעיף 1.1.3.	כמפורט לעיל ועד תקרה של 500,000 ₪	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
טיפול מיוחד מחוץ לישראל	ס' 3.3 : ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5.2-3.5.6 ושיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6.2-3.6.7	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
	ס' 3.4 : ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם.	כיסו מלא להוצאות לפי ס' 3.5.2-3.5.7 ושיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6.2-3.6.7 ועד 2,000,000 ₪.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות קציר האיבר, שימורו והעברתו	ס' 3.5.1: ביצוע פעילות רפואית לקציר האיבר, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.	שיפוי מלא, ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות אשפוז מחוץ לישראל	ס' 3.5.2: הוצאות עבור אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; ועד 365 יום לאחר ביצוע ההשתלה /טיפול מיוחד.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח	ס' 3.5.3: הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה/ הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל	ס' 3.5.4: הוצאות כרטיס טיסה במחלקת תיירים למבוסט ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוסט הוא קטין.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות נסיעה יבשתיות	ס' 3.5.5: הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוסט ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל	ס' 3.5.6: הטסת גופת המבוטח אם המבוטח נפטר חו"ל בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך השתלה/טיפול מיוחד בחו"ל.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות עבור מיסים	ס' 3.5.7: הוצאות עבור מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות לאיתור תרומת מח עצם	ס' 3.6.1: הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם או הוצאות רפואיות בהפקת מח עצם/ תאי גזע מדם טבורי/ דם פריפרי הנדרשים להשתלה. ורישום במאגרים מחוץ לישראל.	עד לתקרה של 300,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות הערכה רפואית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל (EVALUATION)	ס' 3.6.2: הוצאות הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל למבוטח ומלווה אחד לצורך בדיקות.	עד לתקרה של 200,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל	ס' 3.6.3: הוצאות עבור טיפולים רפואיים מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, לרבות טיפולי דיאליזה. הרחבה - על אף האמור, המבטח יישא במלוא העלויות עבור טיפולים ובדיקות רפואיות במסגרת אשפוזו בין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע השתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.	עד לתקרה של 250,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות הטסה רפואית	ס' 3.6.4: הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. הוצאות הטסה רפואית כאשר החברה תיאמה את ההטסה כמפורט בסעיף.	עד 100,000 ₪. ללא תקרה. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות שהייה מחוץ לישראל	ס' 3.6.5: הוצאות שהייה ליום למבטוח ולמלווה או למבטוח קטין ושני מלווים בעת השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל.	עד 1,000 ₪ ליום למבטוח ומלווה אחד, ועד - 1,500 ₪ ליום למבטוח קטין ושני מלווים. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות טיפולי המשך	ס' 3.6.6: הוצאות לטיפול המשך הנובעים מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל בתוך 12 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד.	עד 200,000 ₪ להשתלה או עד 150,000 ₪ לטיפול מיוחד מחוץ לישראל. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל	ס' 3.6.7: הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל.	עד תקרה של 200,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
קצבה חודשית למועמד להשתלה (פיצוי)	ס' 3.7.1: גמלה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו. גמלה חודשית למועמד להשתלה אם שהה באשפוז בבית חולים	4,500 ₪ לחודש 2,000 ₪ לחודש עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לקבל תגמול (אכשרה)
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה (פיצוי)	ס' 3.7.2: גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע ההשתלה למעט השתלת מח עצם עצמית.	5,500 ₪ לחודש. ועד 24 חודשים ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
השתלה שבוצעה מחוץ לישראל (פיצוי)	ס' 3.7.3: השתלה שבוצעה מחוץ לישראל, בלא השתתפות המבטח, למעט השתלת מח עצם עצמית. הרחבה- מסלול חלופי- פיצוי חד פעמי מיוחד בגין מחלה קשה: יתווסף כיסוי המאפשר לבחור במסלול חלופי לסעיף 3.2.1 ו 3.2.2 פיצוי חד פעמי בגין מחלה קשה. עפ"י חלופה זו יהיה זכאי פיצוי בסך 350,000 ₪ בגין המצב הרפואי המחייב השתלה. פיצוי זה לא יחול על השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר. גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל: מבוטח מעל גיל 21 יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 3,500 ₪ לחודש, לתקופה מרבית בת 6 חודשים. מבוטח שטרם מלאו לו 21 שנים יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 1,750 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים.	פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
	ס' 3.8: בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, יבחן המבטח אם ההשתלה תבוצע ו/או בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת אברים ובהתאם לדיון החל במדינה בה צפויה להתבצע ההשתלה, ומתקיימות חוק איסור סחר באיברים.		

פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
תרופות	התרופות הנכללות בס' 2.1: 1. ס' 2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. 2. ס' 2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. 3. ס' 2.1.3 תרופה OFF LABEL. 4. ס' 2.1.4 תרופת יתום. 5. ס' 2.1.5 תרופה מיוחדת.	ס' 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪ לתקופת הבטוח. ס' 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ לתקופת ביטוח , ולא יותר מ - 200,000 ₪ בחודש.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	ס' 2.1.1 עד 2.1.4 250 ₪ עבור שני מרשמים בחודש. מעבר ל 2 מרשמים יהיה פטור. ס' 2.1.5 - 500 ₪ למרשם לחודש. בכל המקרים, לתרופות שעלותן מעל 1,000 ₪ לא תחול השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי במחלת הסרטן יהיה פטור מתשלום. בנוסף בנסיבות בהם יישא השב"ן בו חבר המבוטח, בעלות התרופה ונדרש מהמבוטח לשאת בהשתתפות עצמית העולה על 250 ₪ לחודש יישא המבוטח במלוא ההשתתפות העצמית.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
שירות/טיפול ל נלווה למתן תרופה	ס' 3.1.3: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה. הרחבה- סכום הביטוח שישולם בגין סעיף זה ייכלל בסכום הביטוח המרבי.	עד 250 ₪ למקרה ביטוח. ועד 60 יום.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
בדיקה גנטית להתאמת טיפול תרופתי למחלת הסרטן	ס' 3.1.4: ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח בנוסף- ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן.	עד 60,000 ₪ למקרה ביטוח. 400 ₪ לחודש, ל 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.		20%

פרק 3- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ניתוח מחוץ לישראל	ס' 3.1-3.2	תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 3.1-3.3: באמצעות נותן שירותים שבהסכם: כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6. באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם: כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6. ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל. הרחבה- יתווסף או 1,250,000 ₪ , לפי הגבוה מבניהם.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.3	בין שבוע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ובין שבוע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4.1 וסעיף 3.4.2, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל. הרחבה- יתווסף או 1,250,000 ₪ , לפי הגבוה מבניהם.		
מנתח/מרדים	ס' 3.4.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או מחליף הניתוח	כיסוי מלא בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.3	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הוצאות בית חולים מחוץ לישראל	ס' 3.4.2 הוצאות רפואיות כולל הוצאות אשפוז עד 40 יום. שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות וכו".			
עלות הטסת גופת המבוטח	ס' 3.4.3: עלות הטסת גופה אם נפטר המבוטח בעת שהות מחוץ לישראל לצורך ניתוח			
הוצאות טיסה לניתוח מורכב	ס' 3.4.4: טיסה במחלקת תיירים למבוטח ומלווה, במקרה של מבוטח קטין, למבוטח ולשני מלווים			

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הוצאות נסיעה יבשתיות	ס' 3.4.5: נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו	כיסוי מלא בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.3	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
	ס' 3.4.6: הוצאות בשל מסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ			
התייעצות עם רופא מומחה בישראל	ס' 3.5.1: הוצאות שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל.	עד 1,200 ₪ לכל התייעצות בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל	ס' 3.5.2: הוצאות התייעצויות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל.	עד 4,000 ₪ בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הטסה רפואית	ס' 3.5.3: הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. הוצאות הטסה רפואית כאשר החברה תיאמה את ההטסה.	עד 100,000 ₪. ללא תקרה. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הוצאות הבאת מומחה מחוץ לארץ	ס' 3.5.4: הוצאות הבאת רופא מומחה לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מסיבות רפואיות.	עד 200,000 ₪ בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הוצאות עלות שתל	ס' 3.5.5: הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך הניתוח.	עד 60,000 ₪. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב (ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטחמשך 7 ימים לפחות)	ס' 3.5.6: ס' 3.5.6.1- הוצאת שכירת שירותי אחות פרטית.	עד 650 ₪ ליום, עד 8 ימים. ובתוך 30 יום ממועד ביצוע הניתוח בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב (ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות)	ס' 3.5.6.2 - הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב.	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד. ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ול- 2 מלווים לתקופה מרבית של 30 ימים. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום	-
	ס' 3.5.6.3 - הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור שיבוצעו בישראל, שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל. שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצע הניתוח.	עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב (ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות)	ס' 3.5.6.4 - הוצאות למוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח מורכב, בתוך 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב, בהמלצת רופא מומחה.	עד 400 ₪ לכל יום ועד 10 ימים רצופים. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
	ס' 3.5.6.5 - הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח.	עד 100,000 ₪. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	20%
פיצוי בעת פטירה כתוצאה מניתוח	ס' 3.6: פיצוי חד פעמי בסך 150,000 ₪ אם נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח.	-	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-

פרק 4 - ניתוחים בישראל				
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל				
(ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית)				
*מיועד למבוטחים בפוליסה הקבוצתית המחזיקים בביטוח משלים של קופות החולים. במידה ולמבוטח אין שב"ן בעת התביעה, תכוסה התביעה לפי החלופה המופיעה בפרק הבא				
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' 4.1 : 3 התייעצויות 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 (1500 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים	
	ס' 4.2 : שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח		
	ס' 4.3 : 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' 4.4 : 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.				

חלופה במקרה ולמבוטח אין שב"ן בעת הגשת התביעה

תכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים שקל ראשון עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪)

*מיועד למבוטחים בפוליסה הקבוצתית אשר כוללת בפרק הניתוחים-
משלים שב"ן ושאינם מחזיקים בביטוח משלים של קופות החולים בעת התביעה

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 (1500 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
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 5 - ליווי רפואי וטיפוליים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז או מחלה קשה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
2. שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר אשפוז או ביצוע ניתוח:				
אח/ות פרטית	ס' 2.2.1: השכרת שירותי אח/ות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית החולים.	עד 519 ₪ ליום, ועד 14 יום.	90 יום	20%
שיקום בעת אשפוז	ס' 2.2.2: שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים. יובהר כי לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוזו של המבוטח בבית חולים שיקומי.	עד 332 ₪ ליום, ועד 14 יום.	90 יום	20%
סיוע לבני משפחה בעת אשפוז המבוטח בבית חולים לצורך ביצוע ניתוח	ס' 2.2.3: מבוטח שאושפז בבית חולים בישראל, המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון הסמוך לבית החולים. יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז המבוטח במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.	עד 415 ₪ ליום, החל מיום האשפוז החמישי ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה. עד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.	90 יום	20%
עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי	ס' 2.2.4: השתתפות בעלות העברתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע ניתוח, או אחריו, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום. יובהר כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבוטח הנמצא בחו"ל לישראל.	-	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית מוכר	ס' 2.2.5 : שהיה במוסד החלמה לאחר ניתוח לב פתוח או ניתוח מח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה מהם היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 4 ימי אשפוז מלאים ורצופים.	עד 831 ₪ לכל יום החלמה, ועד 14 ימים בבית החלמה או שיקום מוכר.	90 יום	20%
טיפול פיזיותרפיה וטיפול שיקום לאחר ניתוח	ס' 2.2.6: טיפול פיזיותרפי ו/או רפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע הניתוח.	עד 260 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.	90 יום	20%
התעמלות שיקומית לאחר ניתוח	ס' 2.2.7: התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח.	עד 311 ₪ לחודש ועד 12 חודשים.	90 יום	20%
אבזרים רפואיים לאחר ניתוח	ס' 2.2.8: אבזרים רפואיים שרכש במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ניתוח ונדרשים עקב ביצוע הניתוח. רכישת האבזר מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה. על פי סעיף זה לא יכוסו האבזרים הבאים, כמפורט בסעיפים 2.2.8.1-2.2.8.7.	עד 4,672 ₪ לכל תקופת הביטוח.	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפול בפצעים	ס' 2.2.9: טיפול וריפוי חתכים, פצעים, צלקות ומניעת זיהומים, אחרי ביצוע ניתוח/טיפול מחליף ניתוח או הקרנות, וכן טיפול הכוויות. כולל יעוץ רפואי, הטריית פצעים וכוויות, חבישות, עלות שימוש במכשירים ושימוש בתא לחץ, השתלות עור (בנסיבות בהם אינו נכלל בגדר פרק הניתוחים), שתלי עור שפותחו במעבדה. עלות החומרים והתרופות לצורך ריפוי פצעים, חתכים או כוויות. יובהר כי עפ"י סעיף זה לא יכוסו טיפולים הנדרשים עקב ניתוחים למטרת יופי או אסתטיקה.		90 יום	20%
חוות דעת שנייה של רופא מומחה במהלך אשפוז	ס' 2.2.10: חוות דעת שנייה שניתנה בת שעות המבוטח באשפוז, בקשר לאירוע רפואי המפורט בס' 3, ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז, השירות כולל בין היתר ביקור הרופא במחלקה בו מאושפז.	עד 3,115 ₪ לכל מקרה ביטוח. לתקופה העולה על 3 ימי אשפוז ברציפות בבית חולים ציבורי.	90 יום	20%
פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה(מכל סיבה שהיא)	ס' 2.2.11: אשפוז לתקופה מעל 7 ימים רצופים. פיצוי בסך 1,000 ₪ עבור 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.		90 יום	20%
שמירת הריון באשפוז (פיצוי)	ס' 2.2.12: מבלי לגרוע מסעיף 2.2.11, מבטוחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 7 ימים. פיצוי בסכום 120 ₪ ליום אשפוז, החל מהיום ה- 8 ולתקופה מרבית עד 90 ימים לכל הריון.		90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
3. טיפולים רפואיים אגב אירוע רפואי משמעותי:				
טיפולים רפואיים	ס' 3.4.1: טיפולים רפואיים בפועל בגין האירועים הרפואיים המפורטים בסעיף 3 שבוצעו בישראל או בחו"ל, במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.		90 יום	20% המבטח ישפה לאחר השתתפות עצמית ראשונית בסך 2,077 ₪ ועד לסך 51,913 ₪
	ס' 3.4.2: עבור הוצאות רפואיות במקרה של גילוי סרטן מוקדם. עבור צנתור טיפולי באמצעות בלוו א סטנט.	עד 10,383 ₪ עד 10,383 ₪	90 יום	20%
	ס' 3.4.3: שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל, הקשור באירוע רפואי המפורט בסעיף 3.	עד 4,984 ₪ לכל מקרה ביטוח.	90 יום	20%
	ס' 3.4.4: שירות "רופא מלווה", שירות ייעוץ וליווי ע"י רופא מומחה מלווה הקשור באירוע רפואי המפורט בסעיף 2.3 יכלול פגישת יעוץ פרונטלית אחת עם הרופא המלווה במהלך 3 חודשים מתחילת השירות.	עד 3,115 ₪ לכל מקרה ביטוח.	90 יום	20%
	ס' 3.4.5: מנוי למשדר קרדיולוגי עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח.	עד 228 ₪ לכל חודש ועד 24 חודשים.	90 יום	20%

פרק 6 - אשפוז בית				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
אשפוז בית	ס' 3: מבוטח אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים, ובמועד שחרורו נמצא כי שמרוק לביתו, יהיה זכאי להשתתפות עבור השירותים המצוינים בסעיף זה, במהלך 90 יום ממועד השחרור מבית החולים ועד הסכומים הקבועים בכל סעיף לפי העניין.	עד 5,191 ₪ לתקופת ביטוח.	-	20%
אחות פרטית	ס' 3.1.1: שירותי אחות בבית המבוטח, לצורך טיפול וחבישת פצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוי, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים וכדומה.	עד 363 ₪ לכל ביקור.	-	-
רופא בבית	ס' 3.1.2: בדיקה וביקורת תקופתית ע"י רופא, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכו'.	עד 363 ₪ לכל ביקור.	-	-
בדיקות מעבדה	ס' 3.1.3: בדיקות דם ושתן בבית המבוטח, איסוף ושינוע הדגימות והעברתן למעבדה.		-	-
טיפול וסיוע תפקודי	ס' 3.1.4: מבוטח ששוחרר מאשפוז מבית החולים ונמצא שמרוק לביתו לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתה במועד שחרור מבית החולים. מותנית בהגשת דו"ח הכולל הצהרה חתומה ע"י נותן השירות.	עד 187 ₪ ליום, החל מהיום ה 31 ועד לתקופה מרבית בת 60 ימים.	-	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
פיצוי בגין היעדרות מלימודים	ס' 3.1.5: מבלי לגרוע מזכאותו של המבוטח לפי סעי' 3.1.1-3.1.4 תלמיד בבית ספר יסודי או תיכון המאושפז בבית חולים או מרותק לביתו עקב תאונה או מחלה שהתגלתה בתקופת הביטוח וכתוצאה מכך נעדר מלימודיו לתקופה העולה על 21 ימים. זכאי לפיצוי של 208 ₪ ליום, לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 22 להיעדרות ועד 360 ימים. יובהר כי ימי חופשה וחגים לא ייחשבו במניין ימי היעדרות לצורך ימי חישוב המתנה או פיצוי.		-	-

פרק 7 - יעוץ ובדיקות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	ס' 4.1: התייעצות עם רופא מומחה בישראל, וכן יעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים). יובהר כי הכיסוי יינתן רק במקרה והרופא אינו הרופא המטפל באופן שוטף במבוטח. המבטח לא יישא בעלות עבור שירות לתיווך, תיאום או קיצור תורים, אלא עבור התשלום לרופא או המרכז הרפואי.	עד 934 ₪ להתייעצות . עד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת.	180 יום	20%
בדיקות רפואיות אבחנתיות	ס' 4.2: עבור בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה. המבטח לא יישא בעלות עבור שירות לתיווך, תיאום או קיצור תורים, אלא החזר בגין עלות הבדיקה בלבד. חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית, עבור התייעצות עם רופא מומחה או פרמקולוג או גנטיקאי או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה.	עד לסך 15,574 ₪ בכל שנת ביטוח. יובהר כי חלקו של המבוטח בעלות הבדיקה לא יפחת מ-260 ₪ לכל בדיקה. עד לסך 934 ₪ עבור כל התייעצות.	180 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל	ס' 4.3: עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, פעם אחת בכל תקופת הביטוח. גם עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל עם נותן חוות הדעת בחו"ל. במקרים בהם הרופא קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה עבור עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה. יובהר כי יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי ופענוחו ותרגום הממצאים לעברית.	עד לסך 7,268 ₪ עד 883 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.	90 יום	20%
בדיקות ומעקב לנשים בהריון תקרה עד לסכום 5,191 ₪ עבור כל הבדיקות יחד במקרה והמוטחת נשאת תאומים תעמוד על 7,787 ₪	ס' 4.4 : בדיקות ומעקב לנשים בהריון. ס' 4.4.1: בדיקות גנטיות טרום הריון-בדיקות לאבחון גנטי טרום הריון. לא יינתן החזר הוצאות בגין בדיקות אשר מבוצעות בגוף העובר או הילוד לצורך תכנון הריון.	עד 1,298 ₪	9 חודשים	20%
	ס' 4.4.2: בדיקות לנשים במהלך הריון- בדיקות לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההיריון, או אבחון מצבו הרפואי ו/או הגנטי של העובר.	עד 5,191 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון, ולהריון רב עוברי עד 7,787 ₪ לכל הריון.		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	ס' 4.4.3: מעקב הריון - השתתפות בעלות ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון.	עד 415 ₪ לכל ביקור ועד 3 ביקורים במהלך הריון.	9 חודשים	20%
	ס' 4.4.4: אם פונדקאית - הזכאות על פי סעיף 4.4 רבתי תחול גם לגבי אם פונדקאית.		9 חודשים	20%
אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקוי למידה (עד גיל 16)	ס' 4.5: שירותי אבחון שבוצעו ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת TOVA BRC .	עד 1,869 ₪ פעם אחת לכל תקופת הביטוח.	12 חודשים	20%

פרק 8 - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות	ס' 4.1 : טיפול רפואי, ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצ' אשפוז, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, אבחון, הוצ' שימוש במכשור רפואי, אבזרים מושתלים, בדיקות ואבחונים שבוצעו כחלק מהטיפול הניתוח או הטיפול המחליף הניתוח וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול.	עד 103,826 ₪ לכל מקרה ביטוח.	-	-
טיפולים לריפוי והקלה בכאב	ס' 4.2: טיפול או סדרת טיפולים להקלה בכאב, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח.	עד 20,765 ₪ בכל תקופת הביטוח.	6 חודשים	-
טיפולים בתא לחץ	ס' 4.3: טיפולים המבוצעים בתא חמצן בעל לחץ גבוה. על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	עד ל- 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 363 ₪ לכל טיפול.	-	20%
אבזרים רפואיים (שלא לאחר ניתוח)	ס' 4.4: רכישת אבזרים רפואיים (לשימוש חיצוני). מובהר כי הזכאות עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים. רכישת האבזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.	עד 5,191 ₪ לכל תקופת הביטוח. לא יעלה על 467 ₪ בכל פעם	6 חודשים	20%

**פרק 9 - טיפולי שיקום, טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות,
ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפול שיקום (שלא לאחר ניתוח)	ס' 4.1: טיפולי שיקום – ס' 4.1.1- התייעצות עם רופא שיקומי, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול.	עד 908 ₪ לכל התייעצות. פעם אחת בכל שנת ביטוח.	6 חודשים	20%
	ס' 4.1.2- שיקום דיבור ו/או הראיה, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה.	עד 208 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.	6 חודשים	20%
	ס' 4.1.3- טיפולי פיזיותרפיה שבוצעו במהלך תקופת הביטוח בכפוף להפניה מרופא ומטפל מוסמך.	עד 167 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח	6 חודשים	20%
	ס' 4.1.4- התעמלות שיקומית המבוצעת במרכזים רפואיים או בפיקוח.	עד 187 ₪ לחודש לתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.	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
טיפול בהתפתחות הילד	ס' 4.2: ס' 4.2.1- בעיות הרטבה לילדים, טיפול אחד למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5 במהלך תקופת הביטוח.	עד 685 ₪ לטיפול	6 חודשים	20%
	ס' 4.2.2- טיפול בבעיית התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 16, והומלצו לטיפול: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול ע"י מטפל אחר שהוסמך לטפל באמצעות טיפול שיקומי אחר.	עד 166 ₪ לטיפול ולא יותר מ 20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.	6 חודשים	20%
טיפול פוריות והפריה חוץ גופית	ס' 4.3: ס' 4.3.1- טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו בגופה של המבוטחת, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית.	עד 12,000 ₪ לכל הולדת ילד, עבור כלל הניסיונות להרות עד היוולדו של תינוק שבוצעו במהלך תקופת הביטוח. ועד שני ילדים בלבד.	9 חודשים	20%
	ס' 4.3.2- השלבים בביצוע טיפול הפוריות או הפריה, לרבות: בדיקה אבחונית, עלות טיפול תרופתי, שאיבת ביציות, ביצוע הפריה, הזרעה תוך רחמית והחזרת עוברים לגופה של המבוטחת, וכן השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך.		9 חודשים	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפול פוריות והפריה חוץ גופית	ס' 4.3.3- השתתפות בעלויות טיפולי פרייון הגבר ועבור טיפול כירורגי להוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והשבחתם.	עד 12,459 ₪	9 חודשים	-
	ס' 4.3.4- השתתפות בטיפול שבוצע בגופו של המבוטח/ת בלבד, עבור הולדת של עד שני ילדים בלבד.	עד 12,459 ₪ יובהר גם אם שני בני הזוג מבוטחים.	9 חודשים	-
	ס' 4.3.5- טיפול פוריות והפריה אשר בוצעו במבוטחת בחו"ל.	עד 20,459 ₪ לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.	9 חודשים	20%
	ס' 4.3.6- אם פונדקאית, הזכאות על פי סעיף 4.3 זה, תחול גם לגבי אם פונדקאית.		9 חודשים	-
יעוץ/טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטר/עובד סוציאלי	ס' 4.4: השתתפות עבור יעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי.	עד 12 טיפולים לכל שנת ביטוח ועד 276 ₪ לכל טיפול בגין כל אחד מהמקרים המפורטים בסעיף.	-	20%
קנאביס רפואי	ס' 4.5: לצורך טיפול במצבו הרפואי או בסימפטומים הנובעים ממצבו הרפואי שימוש בקנאביס רפואי, בתפוח או בשמן.	עד 415 ₪ לכל חודש, ועד 36 חודשים.	-	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפולים ברפואה משלימה ויעוץ דיאטטי	ס' 4.6: טיפולי רפואה משלימה על פי המפורט בפוליסה.	עד 123 ₪ לטיפול או התייעצות ועד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח. עבור- טיפול וייעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה/ הרבולוגיה/ נטורופתיה בעלות של 249 ₪ (לטיפול או הייעוץ הראשון בלבד)	6 חודשים	20%

פרק 10 - אבחון רפואי מהיר				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
אבחון רפואי מהיר	ס' 3: אבחון רפואי ראשוני או מורחב בעת קרות אירוע רפואי למבוטח. השירות ניתן ע"י ספק שירות.	-	90 יום	170 ₪ או 600 ₪ לפי סוג האבחון

- 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

פרק תנאים כלליים

1. מבוא:

1.1 תמורת תשלום פרמיה כמפורט בפוליסה, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או המוטב, לפי העניין, ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות כמפורט בפוליסה, במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים, הגבולות, החריגים והסייגים המפורטים בפוליסה ובכפוף לפרק התנאים הכלליים.

התנאים הכלליים יחולו על כל פרקי הפוליסה (למעט כתבי השירות).

1.2 פרשנות:

1.2.1 כותרות הסעיפים בתנאים כלליים אלה ובכל פרקי הפוליסה, הינן לצרכי נוחות הקריאה בלבד, ואינן משמשות לצורכי פרשנות הפוליסה. תוכן הסעיפים הוא הקובע.

1.2.2 האמור בלשון יחיד משמעו גם רבים והאמור בלשון זכר משמעו גם נקבה, אלא אם נקבע במפורש אחרת.

1.2.3 מובהר, כי במקרה של סתירה בין הוראות התנאים הכלליים של הפוליסה (פרק זה) לבין הוראות איזה מהפרקים בפוליסה, יחולו הוראות אותו פרק. במקרה של סתירה בין האמור בפרקים/תתי פרקים השונים בפוליסה, יחולו הוראות הפרק הרלוונטי למקרה הביטוח.

2. הגדרות:

בפוליסה, בדף פרטי הביטוח ובכל פרק המצורף אליה, יתפרשו המונחים הבאים כלהלן, בכפוף לסעיף הפרשנות בתנאים אלה:

2.1 פוליסה: חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה ובין המבטח המפרט את זכויותיהם וחוביהם של המבטח והמבוטחים, הכולל את המסמכים שלהלן: התנאים הכלליים לפוליסה, דף פרטי ביטוח והפרקים הבאים:

חבילת כיסויים הכוללת את הפרקים הבאים:

פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות

פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל.

פרק 4 - ניתוחים בישראל - משלים שב"ל ללא השתתפות עצמית.

שירותים רפואיים אמבולטוריים:

פרק 5- ליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון: ניתוח, אשפוז או מחלה קשה.

פרק 6- אשפוז בית

פרק 7- יעוץ ובדיקות

פרק 8- טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים

פרק 9- טיפולי שיקום, טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה

פרק 10- אבחון רפואי מהיר

2.2 המבטח/החברה: הפניקס חברה לביטוח בע"מ.

- 2.3 בעל הפוליסה:** מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבטחים והינו מעביד – לגבי עובדיו, גמלאיו כהגדרתו בתקנות ביטוח קבוצתי ובני משפחותיהם.
- שם החברה:** אמדוקס ישראל בע"מ ח.פ. 511251217 ו/או אמדוקס מנג'מנט לימיטד ח.פ. 510861453 ביחד וכל אחד לחוד.
- 2.4 המבטח:** עובדי בעל הפוליסה, גמלאיו ובני משפחותיהם.
- 2.5 עובד:** מי שהנו מועסק אצל בעל הפוליסה תמורת שכר, ומתקיימים ביניהם יחסי עובד ומעביד.
- 2.6 מבטח קיים:** עובד שנכלל בפוליסה הקודמת, ו/או בני משפחה שהיו מבטחים בפוליסה הקודמת לפני המועד הקובע, ואשר שמו מופיע ברשימת המבטחים שתועבר מדי חודש למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת המבטח) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- 2.7 מבטח חדש:** עובד חדש אצל בעל הפוליסה, שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה, ו/או בני משפחתו, ושלא נכלל בפוליסה הקודמת לפני המועד הקובע, ואשר שמו מופיע ברשימת המבטחים שתועבר מדי חודש למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת המבטח), וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- יובהר, כי במקרה בו עובד ביקש להצטרף לפוליסה בהתאם לתנאיה, ובשל השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של בעל הפוליסה הוא לא צורף לפוליסה, המבטח יסכים לצרפו לביטוח בכפוף להצגת טופס הצטרפות לביטוח ומסמכים רלוונטיים לניכוי דמי ביטוח משכרו של המבטח, ככל שהניכוי מבוצע באמצעות שכרו.
- 2.8 מבטח חוזר:** מי שהיה מבטח במועד הקובע אצל בעל הפוליסה מכח הפוליסה הקודמת או פוליסה זו, לפי העניין, והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח או מכל סיבה אחרת, וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.
- 2.9 ילד:** ילד של עובד המבטח או ילד של בן/בת זוגו של המבטח אשר טרם מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה, וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/בן זוג, כהגדרתו בפוליסה זו, לא יוגדר כ"ילד" לעניין פוליסה זו ובפרט לעניין תשלום דמי הביטוח, גם אם טרם מלאו לו 25 שנה.**
- 2.10 ילד בוגר:** ילד של עובד המבטח או ילד של בן/בת זוג של המבטח אשר מלאו לו 25 שנה כולל, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה, וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/בן זוג, כהגדרתו בפוליסה זו, לא יוגדר כילד בוגר לעניין פוליסה זו ובפרט לעניין תשלום דמי הביטוח, גם אם טרם מלאו לו 25 שנה.**
- 2.11 תינוק:** ילד שנולד/אומץ במהלך תקופת הביטוח להורים, אשר אחד מהם מבטח במסגרת פוליסה זו, בכפוף להגשת טופס הצטרפות בכתב למבטח, ולקיום יתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי פוליסה זו. יובהר, כי ההצטרפות לביטוח תהיה ממועד קבלת טופס ההצטרפות.
- 2.12 בן זוג:** בן/בת זוג של עובד מבטח שהינו אחד מאלה: רשום כנשוי לו/לה במרשם האוכלוסין בישראל, "ידועה/בציבור" בכפוף להוראות כל דין ובלבד שהוצגה אסמכתא לכך כגון: הסכם חיים משותפים, הסכם ממון, רישום בביטוח לאומי, תעודת זוגיות, תעודת חיים משותפים, תעודת חופה וזוגיות. אם אין אסמכתא כאמור, יש להציג תצהיר משותף של העובד המבטח והידועה/בציבור לפיו הם מצהירים על חייהם המשותפים, מאומת ע"י עורך דין.
- 2.13 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 תשולם 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.

2.14 פוליסה קודמת: הפוליסה שתוקפה פג עם כניסתה לתוקף של פוליסה זו, בין אם אצל המבטח ובין אם אצל מבטח אחר.

2.15 דף הרשימה: מסמך המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה (הכולל, בין השאר, את תאריך תחילת פוליסת הביטוח הקבוצתית, מדד, שיעור הפרמיה וכיו"ב).

2.16 דף פרטי הביטוח (כתב כיסוי): מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה והכולל, בין השאר, את הפרטים הבאים:
מספר הפוליסה, שם בעל הפוליסה, שם המבוטח/ים, תאריך תחילת הביטוח של המבוטחים ותקופתו, סכום דמי הביטוח, פירוט התכניות מספר הפוליסה וכיוצ"ב.

2.17 תאריך/ מועד תחילת הביטוח: לגבי מבוטחים קיימים – המועד הקובע. לגבי מבוטחים חדשים – מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח", ולמבוטחים חוזרים – מועד הצטרפות המבוטח מחדש לפוליסה זו, בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח".

2.18 המועד הקובע: 01/04/2025.

2.19 שנת ביטוח: תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח.

2.20 שנה קלנדרית: תקופה של 12 חודשים רצופים המתחילה ב- 1 בינואר ומסתיימת ב- 31 בדצמבר לאותה השנה.

2.21 תקופת אכשרה: תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה הרלוונטיים, אם נקובה, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבוטח בפוליסה במועד תחילת הביטוח המקורי של אותו מבוטח (צירוף לביטוח לראשונה), או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי חדש שיצורף לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבוטח), ומסתיימת בתום התקופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה כאמור. **המבטח לא יהיה אחראי 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 ושאינו מכוסה.**

2.22 תקופת המתנה: תקופה רצופה, הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה הרלוונטיים, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה לפי תנאי הפוליסה, ואשר **במהלכה לא תהא על המבטח חובה לשלם תגמולי ביטוח**, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.

2.23 סכום ביטוח / תגמולי ביטוח: הסכום שישלם המבטח על פי הפוליסה, בקרות מקרה הביטוח למבוטח. **סכומי הביטוח צמודים למדד הבסיס בפוליסה.**

2.24 מדד: מדד המחירים לצרכן (כולל ירקות ופירות), המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.

2.25 המדד היסודי/המדד הקובע: המדד שיפורסם ביום 15.03.2025 **14275 נק'.** (במועד תחילת ההסכם)

2.26 פרמיה/דמי הביטוח: התשלומים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח לפי תנאי

הפוליסה. דמי הביטוח צמודים למדד הבסיס בפוליסה.

- 2.27 דולר:** דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- 2.28 גיל/גיל ביטוחי:** גיל המבוטח יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו המבוטח הצטרף לפוליסה. במקרה בו קיים הפרש של שישה חודשים ומעלה יעוגל גיל המבוטח כלפי מעלה (להלן: "גיל ביטוח"). חרף האמור לעיל, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח בלבד, תקבע זכאותו של המבוטח על פי תנאי הפוליסה לפי גילו הכרונולוגי, מקום בו גילו הכרונולוגי קטן מהגיל הביטוחי.
- 2.29 תאריך לידה:** תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
- 2.30 חוק חוזה הביטוח:** חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקוניו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 2.31 ההסדר התחיקתי:** חוק חוזה הביטוח, הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009, חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, וכן התקנות, הצווים והוראות הממונה מכוח חוקים אלה, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב והמבטח.
- 2.32 ישראל:** מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.
- 2.33 חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.
- 2.34 כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגריגוריאני.**
- 2.35 השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבטח למבוטח הינם בעבור הוצאות ששילם המבוטח בפועל, שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה בפוליסה. **סכום ההשתתפות העצמית צמוד למדד היסודי בפוליסה.**
- 2.36 הממונה:** הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון.
- 2.37 תאונה:** אירוע פתאומי שלא תוכנן ע"י המבוטח ונגרם לו נזק, **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות (מיקרו-טראומה) לא יחשבו כ"תאונה".**
- 2.38 בית חולים:** מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהרשויות המוסמכות כבית חולים, המורשה לבצע את השירות הרפואי המכוסה תחת הפוליסה.
- 2.39 בית חולים פרטי:** אחד מאלה:
1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;
 2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו בית חולים לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 2.40 מוסד/בית החלמה:** מוסד בישראל המיועד לאחר ביצוע ניתוח מורכב בחו"ל, לזקוקים להחלמה ובתנאי שקימת בו השגחה רפואית לשוהים בו.
- 2.41 אשפוז:** שהייה בבית חולים, למעט שהייה לצורך שיקום בבית חולים פרטי, במוסד

סיעודי, בית הבראה, בית החלמה או מוסד דומה. הוצאות האשפוז יחושבו על פי תעריף האשפוז בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים שבהסכם עם המבטח. הוצאות בגין האשפוז לא יכללו שירותים נוספים שקיבל המבוטח בתשלום במהלך האשפוז, לרבות אחות פרטית, שדרוג חדר אשפוז וכיו"ב.

2.42 בדיקות הדמיה: בדיקות אבחון להראיית איברים פנימיים של גוף האדם כגון רנטגן, אולטרה סאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, מיפוי איזוטופים ובדיקות תהודה מגנטית.

2.43 יום אשפוז: אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור אשפוז למספר שעות לצורך ביצוע ניתוח ("אשפוז יום") ייחשב כיום אשפוז לעניין פוליסה זו.

2.44 יועץ מלווה: היועץ המלווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הפוליסה.

2.45 רופא: מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.

2.46 רופא מומחה: רופא שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או מחוץ לישראל כמומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הנדרש, אשר הסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.

2.47 רופא מנתח/מנתח: רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או מחוץ לישראל לביצוע הניתוח, שהסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.

2.48 נותן שירות שבהסכם: רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גורם אחר הקשור או שיתקשר עם המבטח בהסכם לטובת מתן שירות למבוטחים, ובלבד שהיה קשור עם המבטח בהסכם במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה.

2.49 נותן שירות אחר: רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גורם אחר אשר איננו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.

2.50 ניתוח: פעולה פולשנית-חדירית (Invasive Procedure) 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, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

2.51 זריקה/ הזלפה/ עירוי (מתן תור ורידי): טיפול רפואי פולשני-חדירי (Invasive Procedure) החודר דרך רקמות ומטרתו עיקרו ומהותו מתן טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה.

2.52 שירות רפואי: שירות שעיקרו ומהותו סיוע בנטילת התרופה בפועל ואשר ניתן על ידי רופא/ אח/אחות.

2.53 מטרות אסתטיקה/קוסמטיקה: טיפול או ניתוח או טיפול תרופתי או השתלה שאינו עקב צורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או קוסמטיקה, לרבות העלמת קמטים (ובכלל זה טיפול בוטוקס ו/או חומצה היאלרונית או דומיהם) ו/או הסרת שיער ו/או השתלת שיער ו/או פילינג ו/או אנטי אייג'ינג (ANTI AGEING) ו/או ניתוחי GASTROPLASTY (בריאתרי) ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ובלבד שלמבוטח יחס BMI הנמוך מ-36, וכן טיפול או ניתוח או טיפול תרופתי או השתלה למטרת תיקון קוצר ו/או רוחק ראייה.

2.54 מצב רפואי קודם: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד

ההצטרפות לתכנית ביטוח הנכללת בפוליסה.

2.55 מקרה הביטוח: נסיבות שבהתקיימותן זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, כמפורט בפוליסה ובכפוף לתנאים לחריגים ולסייגים המפורטים בה.

2.56 שתל: כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הפוליסה (כגון: עדשה, פרק ירך, תומך ווסקולארי, קוצב לב וכו'), למעט תותבת שיניים ושתל דנטאלי.

2.57 אביזר רפואי: מכשיר אשר נזקק לו המבוטח בעקבות מקרה הביטוח, על פי הפניה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי, ואשר נכלל בפנקס אמ"ר (אביזרים, מכשירים רפואיים) המפורסם על ידי משרד הבריאות.

2.58 השתלה: השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:

1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושלל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם.

3. השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.

2.59 יטמינים: תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתכשיר מזון רפואי.

2.60 תוספי/תכשירי מזון רפואי: תכשיר בעל ערך תזונתי אשר רשום בפנקס התכשירים הרשומים - כהגדרתו בפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981.

2.61 הטסה רפואית: הטסה בסידורי טיסה מיוחדים, כאשר המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל בתנאי נוסע רגיל במחלקת תיירים בטיסה מסחרית רגילה.

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 מבוטחים קיימים:
מבוטחים קיימים יועברו מהפוליסה הקודמת אצל המבטח לפוליסה החדשה, ללא חיתום רפואי מחדש, וללא ספירה מחדש של תקופות אכשרה (רצף ביטוחי), וזאת לגבי הכיסויים החופפים בלבד. **מבוטחים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם חריגים רפואיים אישיים יועברו באותם תנאים, והחריגים כאמור יחולו גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה, ולצורך סייג מצב רפואי קודם** ייחשב מועד ההצטרפות לפוליסה הקודמת כמועד ההצטרפות לפוליסה החדשה וזאת לגבי הכיסויים החופפים בלבד.

4.2 מבוטחים 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;

כאשר מבוטח נדרש לפי תנאי הפוליסה לשלם את אחד הרכיבים הבאים:

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

- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;

לא יהיה ניתן לצרפו לאותו ביטוח, אלא אם מילא טופס הצטרפות בכתב המהווה את הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד/ דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי בפוליסה (בהתאם לתנאי הפוליסה). במקרה בו המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח יהיה רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו במסגרת טופס הצטרפות.

סעיף 4.3 (הדרישה לקבלת טופס הצטרפות) לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה במצטרב:

- (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.

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

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

מבטחים חוזרים

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.

תנאי הצטרפות

עובדים חדשים ובני משפחתם:

עובד חדש ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדיהם עד גיל 30), יוכלו להצטרף לביטוח החל ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, וללא צורך בחיתום רפואי ותקופות אכשרה וזאת אם יצטרף לביטוח במהלך 90 הימים הראשונים לאחר מועד תחילת עבודתו.

למרות האמור לעיל, עבור בני המשפחה תחול תקופת אכשרה בת 9 חודשים בכיסויים

הקשורים להריון ולידה וזאת גם בעת צירוף במהלך 90 הימים הראשונים.

לאחר 90 ימים ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה, תותנה ההצטרפות לביטוח במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבע תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתם לביטוח. זכאותם לתגמולי ביטוח תהיה כרוכה בתקופות אכשרה כמפורט בכיסויי הפוליסה.

עובדים קיימים ובני משפחתם:

עובד קיים ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדיהם שטרם מלאו להם 30 שנה), יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתם לביטוח. זכאותם לתגמולי ביטוח תהיה כרוכה בתקופות אכשרה כמפורט בכיסויי הפוליסה.

תינוק שנולד במהלך תקופת הפוליסה החדשה:

תינוק שייוולד למבוטחים קיימים, לפי הגדרת "מבוטח קיים" לעיל, יצורף לביטוח בו מבוטחים הורה אחד או יותר, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בהליך חיתום רפואי וללא תקופות אכשרה, וזאת אם יצטרף במהלך 90 הימים הראשונים ממועד הלידה. לאחר 90 יום ממועד הלידה, תותנה הצטרפותו במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתו לביטוח. זכאותו לתגמולי ביטוח תהיה כרוכה בתקופות אכשרה כמפורט בכיסויי הפוליסה.

4.6

בן/בת זוג שנישא/שהפך ידוע בציבור במהלך תקופת הפוליסה החדשה:

בן זוג חדש של עובד מבוטח שנישא/שהפך ידוע בציבור במהלך תקופת הפוליסה החדשה יוכל להצטרף לפוליסת הבריאות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בהליך חיתום רפואי וללא תקופות אכשרה וזאת אם יצטרף לביטוח במהלך 90 הימים הראשונים ממועד הנישואין או מהמועד שיפורט באסמכתא הרלוונטית לפי העניין כמפורט בהגדרה של "בן/בת זוג" לעיל.

לאחר 90 יום כאמור תותנה הצטרפותו במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתו לביטוח. זכאותו לתגמולי ביטוח תהיה כרוכה בתקופות אכשרה כמפורט בכיסויי הפוליסה.

למרות האמור לעיל, תחול תקופת אכשרה בת 9 חודשים בכיסויים הקשורים להריון ולידה וזאת גם בעת צירוף במהלך 90 הימים הראשונים.

4.7

4.8 ילד שהצטרף בתעריף ילד והפך לילד בוגר בתקופת הביטוח בפוליסה החדשה - יישאר

תחת ההסכם הקבוצתי, והפרמיה בגינו תשתנה לפרמיית תעריף בוגר בביטוח. הודעה על שינוי הפרמיה תישלח לבעל הפוליסה (מבוטח ראשי) ע"י חברת הביטוח.

5.

מתן מסמכים למבוטח:

5.1 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 שיורה עליהם המפקח על הביטוח.

5.2 חידוש ללא שינוי בדמי ביטוח/תנאי כיסוי או הארכה לשלושה חודשים לצרכי מ"מ:

על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, במקרים בהם חודש 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 לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין:

(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.
(3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

דרישת המבוטח לקבל העתק מן ההסכם עם בעל הפוליסה:

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

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

מתן הודעות למבוטח:

חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, מועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.

מקרה בו נדרש אישור פוזיטיבי :

במקרה בו נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 14.6 להלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.

במקרה בו לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח.

הודעה שנייה תימסר באמצעים משליחה בדואר רגיל, לרבות בדואר רשום או שיחת טלפון.

חידוש אצל מבטח אחר:

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

סיום הפוליסה ללא חידוש:

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

הפסקת זיקה בין מבוטח לבעל הפוליסה:

פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

הודעה בדבר הגבייה:

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.

7. תקופת הביטוח:

- 7.1** תקופת הביטוח תהיה החל מ 01.04.2025 (המועד הקובע) ועד 31.03.2030 (5 שנים).
- 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 של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא הגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועד המקורי, ובעל הפוליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטוח.
- 7.3** פחת מספר המבטוחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.4** הפוליסה לא תפקע לגבי מבטוח מסוים לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו-8.1, ויחולו כל הכיוונים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטוח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיוונים אלה.

8. תום הביטוח, הפסקת הביטוח עבור מבטוח מסוים והאפשרות להמשכיות:

- 8.1** תום הביטוח עבור מבטוח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מביניהם:
- 8.1.1** **ביטול על ידי המבטוח:** כל מבטוח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטוח. הודיע המבטוח על ביטול 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 כיוון מסוים, אם נקבע מועד כזה בתנאי הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.
- 8.1.3** **ביטול על ידי המבטוח:** ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 14.4 לפוליסה או במקרה של אי גילוי בהתאם להוראות 20 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 המבטוח, והודיע בעל הפוליסה או המבטוח למבטוח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, 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 המבטוח כאמור בסעיף 14.6 להלן ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח כמפורט בסעיף 6.2 לעיל, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין.

בוטל הביטוח כאמור ופנה מבטוח 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 המבטוח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוח.

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

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

8.1.5.1 סיום יחסי עבודה:

עזיבת עובד את עבודתו אצל 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.

8.1.5.2 גירושין/סיום יחסים (בהתאמה לסעיף 4.7 לעיל) או פטירה (ח"ח) של המבטוח

במקרה בו מבטוח עובד התגרש/סיים יחסים (בהתאמה לסעיף 4.7 לעיל), הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין/סיום יחסים) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

8.1.5.3 במקרה של פטירת מבטוח ראשי (עובד), יתאפשר המשך של בן/בת הזוג והילדים של המבטוח שנפטר עד למועד סיום הפוליסה אצל המבטח, במידה ויבחרו בכך ובכפוף להעברת אמצעי גבייה אישי ומכתב בקשה מטעם בן/בת הזוג והילדים הבגירים.

8.1.5.4 על אף האמור בסעיף זה, פסקה הזיקה בין המבטוח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטוח ובני משפחתו, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה. ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבטוח.

8.2 יובהר, כי במקרה בו בעל הפוליסה יבקש לבטל את הפוליסה עבור כלל המבוטחים מכל סיבה שהיא במהלך חודש קלנדרי, הוא נדרש לשלם דמי ביטוח מלאים בגין אותו החודש במהלכו בוטלה הפוליסה, ואם כבר נגבו דמי הביטוח, המבטח לא יהיה חייב בהשבת דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו בוטלה הפוליסה, והמבטח יהיה חייב במתן שירותים בהתאם לפוליסה בתקופה זו.

8.3 בוטל הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 לגבי המבטוח שהנו עובד 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 המבטח או אצל מבטח 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 המבטח (להלן: "פוליסת פרט"), כפי שיהיו באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים אל המבטח

במועד המעבר לפוליסת פרט, וכן בהתאם ובכפוף 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, ובהתאם ישולמו דמי הביטוח.
- 8.4.3 ההצטרפות לביטוח תהא ברצף ביטוחי (ללא ספירה מחדש של תקופות אכשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים - החרגות רפואיות אישיות ככל ונקבעו), 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 החופפים.
- 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 מיוזמתו את הביטוח הקבוצתי, לרבות בהתאם לסעיף 8.1.1. לעיל, או אשר המבוטח ביטל את הביטוח לגביו בהתאם לסעיף 8.1.3 לעיל.
- מבוטח שסיים העסקתו אצל בעל הפוליסה ומוגדר כגמלאי, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח במסגרת הפוליסה הקבוצתית, עבורו ועבור בני משפחתו שהיו מבוטחים בביטוח זה עובר למועד סיום העסקתו.
- יובהר כי הזכאות של בני המשפחה להמשיך את הביטוח במסגרת הפוליסה הקבוצתית מותנית בביטוחו של הגמלאי (העובד שפרש).

9. סייגים מיוחדים לפוליסה זו:

הפוליסה תחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

- 9.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה בסעיף 2.21 לעיל.
- 9.2 סייג בשל מצב רפואי קודם:
- 9.2.1 המבוטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה החל הסייג.
- 9.2.2 סייג בשל מצב רפואי קודם, יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח:
- א. מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- ב. מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

למרות האמור לעיל, החריג או הסייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב

רפואי קודם כאמור בסעיפים 9.2.1 ו 9.2.2 לעיל לא יחול על:

1. מבוטח שהינו עובד אשר הצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות.
2. מבוטח שהינו בן משפחה של עובד, אשר הצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, וזאת בגין פרק 7, כיסוי 4.4 בפרק 8 (אביזרים רפואיים שלא לאחר ניתוח) ופרק 9 בלבד.

מובהר כי המבטח יהיה אחראי וישלם תגמולי ביטוח לילדו של מבוטח, שנולד במהלך תקופת הביטוח, בגין מקרה ביטוח הנובע ממום ו/או מחלה מולדים ו/או מקרה ביטוח שהינו תוצאה של סיבוכי הריון ו/או לידה ו/או סיבוכי לידה ו/או אירוע שאירע במהלך הלידה, ובתנאי שהילד צורך לביטוח תוך 3 חודשים מיום לידתו.

הגדרה זו נוסחה באופן המיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות שקבע המפקח על הביטוח.
9.2.3 סייג בשל מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים (החרגה חיתומית):

על אף האמור בסעיף 9.2.2 סייג לחבות המבטח 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.

9.2.4 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.

10. תשלום תגמולי הביטוח:

10.1 המבטח יהיה רשאי על פי שיקול דעתו לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.

10.2 תשלומים אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים, המתבצעים מחוץ לישראל ישולמו ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

10.3 סכומים הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל, ישולמו בשקלים על פי שער החליפין היציג של המטבע הנוגע לעניין ביום ביצוע התשלום למבוטח על ידי המבטח, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.

10.4 נפטר המבוטח ונותנה יתרת חוב לנותן שירות בגין שירות רפואי שניתן למבוטח ואושר על ידי המבטח לפני פטירתו, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור לנותן השירות הרפואי. אם יתרת החוב שנותנה (בגין שירות רפואי שניתן למבוטח לפני פטירתו) הינה כלפי המבוטח עצמו שנפטר, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור למוטב, ואם המבוטח לא נקב שם של מוטב, ליורשיו החוקיים על פי כל דין של המבוטח כפי שנקבעו על ידי בית המשפט המוסמך ובכפוף לכל דין.

10.5 תגמולי הביטוח שישולמו על ידי המבטח לא יעלו על סכומי הביטוח המרביים הקבועים בפוליסה, בעת הגשת התביעה לראשונה על ידי המבוטח למבטח. עודכן סכום הביטוח המרבי על ידי המבטח, לא יחול הסכום המרבי המעודכן על תביעה אשר הוגשה למבטח טרם העדכון האמור.

10.6 תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין כשלא היה זכאי להם יוחזרו למבטח מיד עם דרישתו הראשונה.

11. תחלופ (סוברגוציה):

- 11.1** הייתה למבוטח גם זכות שיפוי מאת צד שלישי מכוח חוזה ביטוח בשל מקרה הביטוח, עוברת זכות זו למבוטח, מששילם למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם.
- 11.2** המבטח אינו רשאי להשתמש בזכות שעברה אליו לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מהמבטח.
- 11.3** קיבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע למבטח לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצות את המבטח בשל כך.
- 11.4** הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שנעשה שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

12. כפל ביטוח:

- 12.1** המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- 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 ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח 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:

- המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את ההוצאות בגין השירותים הרפואיים ו/או יפצה את המבוטח עד לסכום הביטוח המרבי (סכום הביטוח המרבי בעת הגשת התביעה לראשונה), הכול בהתאם לתנאי הפוליסה, ובלבד שיתמלאו כל התנאים המפורטים להלן:
- 13.1** המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתחייבים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים שהמבטח דרש לשם בירור התביעה, לרבות מידע על ביטוח אחר שנעשה בפני סיכונים המכוסים על פי הפרקים הנכללים בפוליסה זו. המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו כל בדיקה וחקירה לצורך בירור חבותו באופן סביר. ובמקרים דחופים ובאופן שלא יפגע במבוטח מלקבל את השירות הרפואי במועדו. היה מקרה הביטוח מורכב מסדרת טיפולים/פרוצדורות/תתי שלבים, יחשבו כל אלה כטיפול רפואי אחד.
- 13.2** המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים, להם נדרשה קבלת אישור מראש בפרקים הנכללים בפוליסה. מובהר כי העדר פניה של המבוטח למבטח לקבלת אישור מראש כאמור, עלול להביא להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה סכום תגמולי הביטוח שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת הודעה מראש (בכפוף לכך שלמבוטח זכאות למקרה הביטוח). הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

(1) החובה להודיע למבטח מראש על קרות מקרה הביטוח לא קוימה או קוימה באיחור

מסיבות מוצדקות;
(2) אי קיום חובת ההודעה מראש או איחור בקיומה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

עשה המבטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב תגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר. הופרה החובה להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח מראש כאמור בכוונת מרמה – פטור המבטח מחבותו.

13.3 המבטח ימציא למבטח קבלות של נותן השירות המאשרות תשלום בפועל של ההוצאות הנתבעות מהמבטח.

13.4 המבטח יסכים להיבדק בישראל על ידי רופא מטעם המבטח, ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח, **(מובהר כי המבטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט)**, וכן יתיר לרופאים וכן לבית החולים בו עבר או עומד לעבור ניתוח או אושפז ולכל נותן שירות למסור למבטח כל ידיעה או מידע להם הוא זקוק, ויחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית בנוסח המקובל אצל המבטח. האמור בסעיף זה הינו תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי הביטוח.

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

13.6 יובהר כי המבטח ישפה את המבטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי במסגרת הפוליסה בגין תשלומים עבור תרופות ו/או טיפולים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח, ו/או בגין התחייבות שניתנה על ידי נותן שירות לתרופות ו/או טיפולים עתידיים.

13.7 על נותן השירות ו/או הרופא ו/או המטפל ו/או בית החולים להיות בעל הרשאה על פי הדין החל בישראל ו/או בחו"ל, לפי העניין, לצורך מתן השירותים הרפואיים ו/או האבזרים ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים למבוטח, וככל שנדרש רישוי כלשהו לשם כך, יהא/יהיו נותן הטיפול ו/או השירות הרפואי והמרפאה הכירורגית הפרטית או בית החולים הפרטי בו מבוצע הטיפול ו/או השירות הרפואי בעלי רישוי מתאים.

13.8 בחירתו של רופא מנתח ו/או רופא מרדים שבהסכם או נותן שירות אחר, כפופה להסכמת בית החולים הפרטי/מרפאה כירורגית פרטית. תיאום הניתוח יעשה על ידי הרופא המנתח ו/או הרופא המרדים שנבחר על ידי המבטח.

13.9 המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח, לרבות עצם בחירתו בפרוצדורה רפואית המחליפה פרוצדורה רפואית אחרת ו/או הפנייתו על ידי המבטח לבית חולים ו/או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל או פגם של הנ"ל או שנגרם משירות ו/או טיפול רפואי ו/או אבזרים ו/או מוצרים שסופקו למבוטח ו/או ששולמו בגינו/ם תגמולי ביטוח על פי הפוליסה. כאמור, בחירת ספק השירות ו/או הרופא ו/או המטפל ו/או בית החולים ו/או בית מרקחת ו/או יצרן תרופה/אביזר ו/או סוג הטיפול ו/או סוג האביזר הרפואי הנדרש הינם באחריות הבלעדית של המבוטח, גם במקרה בו הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם ו/או בתיאום המבטח ו/או על ידי הפניית המבוטח ו/או בעל הפוליסה לנותן השירות.

13.10 **הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:**
המבוטחים הרשאים להיות מבוטחים בפוליסה זו הינם רק תושבי ואזרחי מדינת ישראל,

וחברים באחת מקופות החולים בישראל.

כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

למען הסר ספק, יובהר כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. מבטוח ששהה בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 180 ברציפות 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 כסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

למען הסר ספק, המבטח לא יחזיר למבטוח את ההוצאות בגין מקרי ביטוח שאירעו בחו"ל ואשר הוצאותיהם בוצעו בחו"ל, לרבות התחייבויות כספיות אם ניתנו על ידי המבטוח, אלא אם אישר המבטח מראש ובכתב הוצאת הוצאות אלו על ידי המבטוח בעת שהותו בחו"ל.

13.11

צירוף עובד במשימת רילוקיישן ובני משפחתו מטעם אמדוקס ישראל

עובד מבטוח ובני משפחתו אשר מבטוחים בפוליסה הקבוצתית ויצאו לחו"ל מתוקף משימת רילוקיישן של העובד מטעם אמדוקס ישראל, לתקופה שאינה עולה על 5 שנים, והעובד אינו מעוניין להמשיך את פוליסת הביטוח עבורו ועבור בני משפחתו המבטוחים, יהיו זכאים לרכוש "ברות ביטוח" אשר משמעותה לעניין סעיף זה הינה:

13.11.1 מבטוחים שסיימו את משימת הרילוקיישן בטרם חלפו 5 שנים מיום העזיבה, יוכלו להצטרף לביטוח הקבוצתי מחדש ברצף ביטוחי מלא ובתנאי שהגישו בקשת הצטרפות תוך 90 יום מיום תחילת העסקתו מחדש של העובד באמדוקס ישראל.

13.11.2 מבטוחים שסיימו את משימת הרילוקיישן במהלך תקופת הביטוח, ולא הועסקו מחדש אצל בעל הפוליסה, יהיו זכאים לעבור לפוליסה פרטית, ברצף ביטוחי מלא, על פי הכללים הקבועים בפוליסה, לעניין ההמשכיות, לגבי מי שסיים את העסקתו אצל בעל הפוליסה, הכל ובתנאי שהגיש בקשת הצטרפות למבטח תוך 90 ימים ממועד סיום משימת הרילוקיישן. מבלי לגרוע מהאמור, מבטוח ששהה ברילוקיישן ורכש כיסוי לברות ביטוח, וחזר ממשימת רילוקיישן במהלך תקופת הביטוח, ובמועד חזרתו הינו מעל גיל 60 יהיה זכאי להמשיך את הביטוח במסגרת הקבוצתית בתנאים הקבועים לכלל הגמלאים בפוליסה.

13.11.3 מובהר כי במהלך תקופת הרילוקיישן, בין אם שהו בחו"ל או בישראל, לא יהיו זכאים לתגמולי ביטוח עבור מקרי ביטוח שאירעו בתקופת הרילוקיישן, ולשירותים רפואיים שיינתנו להם במהלך תקופה זו.

13.11.4 דמי הביטוח עבור "ברות הביטוח" יהא בשיעור של 25% מעלות ביטוח הקבוצתי באותה עת בהתאם לגילו של המבטוח.

יובהר כי מבטוחים שיצאו למשימת רילוקיישן בתקופת הביטוח הקודמת, ותחל העסקתם מחדש בתקופת ביטוח זו, יהיו זכאים להצטרף לביטוח על פי תנאי הפוליסה הקבוצתית החדשה, ובתנאי שיגישו בקשת הצטרפות תוך 90 יום מיום תחילת העסקתם מחדש של העובדים באמדוקס ישראל.

14. דמי הביטוח (הפרמיה):

14.1 דמי הביטוח יפורטו בדף הרשימה ובגילוי נאות המצורפים לפוליסה.

14.2 אם דמי הביטוח ישולמו בהוראת קבע בנקאית או באמצעות כרטיס אשראי יחשב זיכוי בחשבון המבטח בבנק או בחברת כרטיס האשראי של המבטח כתשלום דמי הביטוח.

הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד היסודי ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.

14.3 דמי הביטוח עבור העובדים ישולמו על ידי בעל הפוליסה. העובד יישא בשווי המס. דמי הביטוח עבור בני המשפחה ינוכו משכרו של העובד. מובהר כי עובדים אצל בעל הפוליסה המבוטחים בפוליסה זו, בתקופה בה הם נמצאים בחל"ד (חופשת לידה) או בחל"ת (חופשה ללא תשלום), ימשיך בעל הפוליסה 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 החזרה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.

14.5 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המת"חסת לפוליסה זו, יהיה המבטח מחויב לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, יודיע המבטח על כך לבעל הפוליסה ולמבוטחים, ודמי הביטוח ישולמו כפי שישנו.

14.6 **שינויים בדמי הביטוח והדרישה לאישור פוזיטיבי**
בנוסף לאמור בסעיף לעניין התאמת דמי הביטוח (ככל וקיים), יהיו רשאים בעל הפוליסה והמבטח להסכים על שינויים בדמי הביטוח. המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד החידוש הביטוח הקבוצתי העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח (כלומר - לא ממומן על ידי בעל הפוליסה) בסכום העולה על 15 ש"ח 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. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוג;

לעניין סעיף 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 הפוליסה 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 שנקללה 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 :

בתום 24 חודשים מהמועד הקובע, ובתום 24 חודשים לאחר מכן, יהא רשאי המבטח להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבוטחים, ליתרת תקופת הביטוח על-פי ניסיון התביעות ו/או בהתאם למוסכם עם בעל הפוליסה.

16. תנאי הצמדה:

דמי ביטוח, תגמולי הביטוח, סכומי הביטוח, סכומי גבולות אחריות המבטח וההשתתפות העצמית הקבועים בפוליסה יהיו צמודים לשיעור עליית המדד למן המדד הבסיסי הקבוע בפוליסה ועד למדד האחרון שפורסם לפני מועד תשלום כל סכום. לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א-1961, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.

יועץ הביטוח:

יועץ הביטוח שבעל הפוליסה ימנה ("יועץ הביטוח"), ובמועד חתימת הסכם זה הנו ש. לוינגר ושות', אשר ילווה את בעל הפוליסה ויסייע במתן שירותים למבוטחים במסגרת הפוליסה כמפורט להלן:

- 17.1** טיפול בטענות או תלונות של המבוטחים הקשורות בנהלי המבטח והשירות הניתן למבוטחים על ידו או ע"י סוכנות הביטוח.
- 17.2** יועץ הביטוח יהיה מוסמך לפנות בשם המבוטח, ולייצגו מול המבטח במקרה של תביעה, בכפוף להוראות דיני הפרטיות.
- 17.3** המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידיי שלא באמצעות המבוטח, והכול בכפוף לאישור המבוטח.
- 17.4** יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לגבי קבלתה או דחייתה.
- 17.5** למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח או המבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציא תביעתו, על פי כל דין.

וועדת ערר:

מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ-30 יום מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה יהא באחריות המבטח. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח, וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה. החלטת הוועדה תחייב את המבטח. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנה חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה בהסכמת שני הצדדים. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר. למען הסר ספק, אין בהחלטת ועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציא תביעתו, על פי כל דין.

התיישנות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים ממועד קרית מקרה הביטוח וזאת בהתאם לחוק חוזה הביטוח, או כל הוראת חוק אחרת אשר תבוא במקומו. הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או תאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

חובת גילוי:

פוליסה זו נעשתה על יסוד טופס ההצטרפות, ההודעות וההצהרות שנמסרו בכתב למבטח על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד ומהותי מהפוליסה. נכונות הידיעות, התשובות, ההודעות וההצהרות הנ"ל הינה מהותית לתוקפה של הפוליסה אשר הוצאה על סמך הנחתו של המבטח כי המבוטח גילה לו את כל העובדות המהותיות לצורך הערכת סיכון המבוטח.

20.1 לא ענה המבוטח תשובות מלאות ונכונות ו/או לא גילה למבטח עניין מהותי הן בהצעת הביטוח והן בכל מסמך אחר בו נדרש לכך, יהיה המבטח רשאי לבטל את הפוליסה או להקטין את

היקף חבותו, הכול לפי הוראות חוק חוזה הביטוח.

20.2 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.

20.3 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 להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

20.4 המבטח 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 המבטח או על היקפה.

20.5 בבטיח תאונה, מחלה ונכות שבו חייב המבטח לשלם תגמולי ביטוח לפי שיעור מוסכם מראש (פיצוי), המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 20.1 עד 20.3 לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או המוטב פעל בכוונת מרמה.

מיסים והטלים:

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו, או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלם על פי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הפוליסה לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

ההסדר התחיקתי ובכירת הדין:

פוליסה זו כפופה להסדר התחיקתי ובכל מקרה של סתירה ביניהם ביחס להוראות קוגנטיות בלבד (הוראות שלא ניתן להתנות עליהן על פי הדין) יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.

חילוקי דעות בנוגע לפרשנות ו/או תנאי הזכאות ו/או זכויות המבוטח על פי פוליסה זו יתבררו על פי דיני ישראל, בבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.

זכויות מבוטח במהלך שירות צבאי:

בעת שירות צבאי חלות הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת, ועלולות להגביל או למנוע מהמבוטח קבלת טיפול רפואי פרטי. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש זכויות המבוטח מתוקף פוליסה זו. המידע הנוגע להוראות אלו נמצא אצל רשויות הצבא ועל המבוטח הנמצא בשירות צבאי להתעדכן בהן.

הודעות:

כל ההודעות המיועדות למבטח וכן כל המסמכים שיש למסור למבטח על פי תנאי הפוליסה ימסרו בכתב למשרדו הראשי של המבטח, לרבות בדוא"ל לכתובת המייל כפי שמפורסמת באתר החברה WWW.FNX.CO.IL בהתאם לנושא הפנייה או בכל אחת מדרכי ההתקשרות אותם פרסם המבטח לציבור המבוטחים באתר המבטח.

המבטח ימסור את כל ההודעות למבוטח על פי פרטי הקשר שנמסרו למבטח. במקרה וגמסרה כתובת של העובד/חבר אצל בעל הפוליסה בלבד, המבטח יראה את אותו עובד/חבר כשלוחם של יתר

המבוטחים (בני משפחה המבוטחים בפוליסה) לעניין מסירת הודעות למבוטחים, אלא אם כן צוין בפני המבוטח אחרת בדבר העדר שליחות כאמור (במקרה דנן ההודעות ישלחו למבוטח לפי פרטי הקשר הידועים למבוטח).

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

1.1 "השתלה" - השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה שבו יושלת לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

בנוסף: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחרף יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם.

1.1.3 השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.

1.2 **טיפול חלופי בישראל** - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח, הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.

1.3 **"טיפול מיוחד מחוץ לישראל"** - טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח שרופא מומחה בישראל בתחום הרלוונטי בישראל קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:

1.3.1 שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל.

1.3.2 הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח, ומניעתו מהווה סכנה לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.

1.3.3 זמן ההמתנה ארוך מהסביר בישראל עלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.

1.3.4 **בנוסף,** לפעוג בתפקודו היומיומי. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.

הרחבה לכיסוי זה:

הכיסוי לטיפול מיוחד מחוץ לישראל יכלול כל טיפול רפואי לרבות ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול רפואי המשלב בניהם, אשר רופא מומחה בתחום הרלוונטי בישראל, מטעם המבוטח, קבע בחוות דעת בכתב, כי מצבו הרפאי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:

בנוסף: כטיפול מיוחד בחו"ל ייחשב גם טיפול המתקיים בו אחד מאלה:

1.3.5 הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו מבוצע בשגרה או אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי.

1.3.6 טיפול במחלת הסרטן, או במחלה המטולוגית או מחלה גידולית אחרת.

1.3.7 טיפול רפואי אשר מניעתו עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי, או לפגיעה קשה בתפקוד היומיומי של המבוטח, וכן טיפול אשר נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.

1.3.8 טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי, השיטה או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, והמבוטח בחר לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחול אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.

יובהר כי טיפול מיוחד מחוץ לישראל הינו למעט השתלה כהגדרתה לעיל.

1.4 "רופא מומחה בישראל" - 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.

1.5 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לתכנית הביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח תכנית הביטוח שאליה הצטרף; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

הרחבה לכיסוי זה:

לענין סעיף זה: מצבו הרפואי המחייב השתלה או טיפול רפואי מיוחד: הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרלוונטי, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או טיפול רפואי מיוחד בחול, לפי העניין.

לענין סעיף זה- המועד הקובע לחבות המבטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול המיוחד.

3. הכיסוי הביטוחי:

פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:

3.1 עבור השתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.5, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.7.

3.2 עבור השתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.5. שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.7, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

3.2.1 להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.1 לעיל - עד 5,000,000 ₪.

3.2.2 להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.2 לעיל - עד 3,000,000 ₪.

3.2.3 להשתלה כהגדרתה בפסקה 1.1.3 לעיל - עד 150,000 ₪.

הרחבה לכיסוי זה: על אף האמור סכום הביטוח המירבי לסעיפים 3.2.1-3.2.2 יעמוד ע"ס 5,000,000 לכל מקרה ביטוח. וסכום הביטוח המירבי לסעיף 3.2.3 יעמוד ע"ס 500,000 ₪.

3.3 עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם, כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.6 וכן שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7.

3.4 עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪.

הרחבה לכיסוי זה:

על אף האמור, סכום הביטוח המירבי לסעיף 3.4 לעיל יעמוד ע"ס 2,000,000 ₪.

3.5 **עבור ההוצאות המפורטות להלן - שיפוי מלא, בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:**

3.5.1 הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

3.5.2 הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.5.3 הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.

3.5.4 הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים עבור השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הינו קטין, והוצאות שיבתם לישראל.

3.5.5 הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.

3.5.6 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.

3.5.7 הוצאות בשל מסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

עבור ההוצאות המפורטות להלן – שיפוי לפי תקרות הסכומים המופיעות לצידן, ובכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:

3.6.1 הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה, ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל – עד 300,000 ₪.

3.6.2 הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים – עד 200,000 ₪.

3.6.3 הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה – עד 250,000 ₪.

הרחבה לכיסוי זה:

על אף האמור, המבטח יישא במלוא העלויות עבור טיפולים ובדיקות רפואיות שניתנו למבוטח בחול בין במסגרת אשפוזו ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע השתלה ו/או הטיפול המיוחד בחול.

3.6.4 הוצאות הסטה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי – עד 100,000 ₪.
על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההסטה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.

הרחבה לכיסוי זה:

הסטה רפואית משמעה – הסטה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי, המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההסטה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית. בנוסף, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כריסי טיסה לרופא מלווה במחלת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה. אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הסטת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, עפ"י המלצה מאת הרופא המטפל במוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכל בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

3.6.5 הוצאות שהיה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל – עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין, עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים.

הרחבה לכיסוי זה:

למען הסר ספק המבטח יישא בהוצאות שהייה בחו"ל גם לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה ע"י רופאו של המבוטח כחיונית מבחינה רפואית.

3.6.6 הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל – עד 200,000 ₪ ככל שנובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 שקלים חדשים ככל שנובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

הרחבה לכיסוי זה:

המבטח יישא במלוא עלות טיפול ההמשך בחו"ל וכלל שהטיפול נדרש בהתאם לחו"ל של רופא המבטח. המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. יובהר כי אם במהלך תקופת הביטוח בוצעו במבטח מספר השתלות, יחשבו כל ההשתלות כמקרה ביטוח אחד, והכיסוי עבור המשך הטיפול בישראל יסתיים לכל המאוחר 24 חודשים ממועד ביצוע הטיפול או ההשתלה האחרונה, וסה"כ ההחזר עבור כלל המשך הטיפולים בישראל לא יעלה על 200,000 ש"ח ככל שנובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 ש"ח ככל שנובעים מביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.

3.6.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪.

הרחבה לכיסוי זה:

בנסיבות שבהן המבטח יצא לחו"ל לצורך ביצוע השתלה או טיפול מיוחד, וההשתלה או הטיפול המיוחד לא בוצעו, יהיה זכאי המבטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל, ובתנאי שהוצגו לשביעות רצונו של המבטח כל המסמכים המעידים כי מטרת הנסיעה הייתה לצורך ביצוע השתלה.

3.7 **להוצאות המפורטות להלן – פיצוי בהתאם לסכומים המופיעים לצידן, ובכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:**

3.7.1 קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 4,500 ₪, לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבטח אשר קיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

הרחבה לכיסוי זה:

על אף האמור, מבטח יהיה זכאי לקבל תשלום גמלה בסך 4,500 ₪ לרבות בגין התקופה בה היה מאושפז, עד למועד ביצוע ההשתלה ולא יותר מ-12 חודשים.

3.7.2 גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 5,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים.

3.7.3 השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, בלא השתתפות המבטח – פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.

הרחבה לכיסוי הביטוח:

מסלול חלופי – פיצוי חד פעמי מיוחד בגין מחלה קשה

לכיסוי הביטוחי יתווסף כיסוי המאפשר למבטח לבחור במסלול חלופי לסעיף 3.2.1 ו 3.2.2 בפוליסה - פיצוי חד פעמי מיוחד בגין מחלה קשה. על פי חלופה זו, המבטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪ בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע ההשתלה כהגדרתה בסעיפים 1.1.1 ו 1.1.2, ובתנאי מפורש כי המבטח נרשם במרכז הלאומי להשתלות. פיצוי זה לא יחול על השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר. למען הסר ספק, מובהר כי מבטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.7 ו 3.6 בפוליסה.

הרחבה לכיסוי הביטוח:

גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל

מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד גילו מעל 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 3,500 ש"ח לחודש, לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם החל ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד טרם מלאו לו 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 1,750 ש"ח לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

3.8 בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, יבחן המבטח אם ההשתלה תבוצע ו/או בוצעה, בהתאם להוראות חוק השתלת אברים, ובכלל זה ולשם כך יבחן המבטח אם נטילת האיבר והשתלתו נעשות על פי הדין החל במדינה בה צפויה להתבצע ההשתלה, ומתקיימות הוראות חוק איסור סחר באיברים.

4. תקופת אכשרה:

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

הרחבה לסעיף 4:

לא תחול תקופת אכשרה לגבי מבוטחים, שהיו מבוטחים בפוליסה הקבוצתית עובר למועד חידוש הפוליסה או לגבי מבוטחים שהצטרפו בתקופת ההצטרפות. כמו כן לא תחול תקופת אכשרה לגבי מקרה ביטוח עקב תאונה

5. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל יחריג מכיסוי את המקרים האלה:

5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

5.2 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות בעלת אופי צבאי.

הרחבה לסעיף 5.2:

יתווסף: ובתנאי שגורם ממשלתי לא נושא בעלות הטיפול. בנסיבות בהם השירותים הרפואיים המכוסים על פרק זה, מכוסים ע"י גורם ממשלתי באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

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

5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

הרחבה לכיסוי הביטוח –

החריג יהיה תקף אך ורק אם נקבע לכך מפורשות בתנאי ההצטרפות

5.5 השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל 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.

5.6	השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה.
5.7	טיפול רפואה משלימה.
5.8	טיפולים נפשיים.
5.9	לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
5.9.1	טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
5.9.2	טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.
5.10	מקרה ביטוח שאירע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

1.

הגדרות:

- 1.1 **"בדיקה גנטית"** - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות.
- 1.2 **"טיפול תרופתי"** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.
- 1.3 **"מדינות מוכרות"** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורווגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.4 **"מרשם"** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.5 **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריהן, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחוייבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב".
- 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, וישומו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.7 **"רופא מומחה בכיר"** - רופא מומחה המועסק על ידי בית חולים בישראל בדרגת סגן מנהל המחלקה ומעלה.
- 1.8 **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבוטח.
- 1.9 **"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.

הרחבה לסעיף זה:

בנוסף: הגדרת תרופה תכלול תרופה כהגדרתה להלן בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות וכן בגדר תרופה ייכלל תכשיר כהגדרתו בפקודת הרוקחים (תיקון מס' 24) תשע"ו-2016. "טיפול במצב רפואי": לרבות טיפול בסימפטומים רפואיים

- 1.10 **"תרופת יתום"** - תרופה לטיפול במחלה נדירה.
- 1.11 **"תרופה מיוחדת"** - "תרופה מיוחדת" - תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, אשר אושרה על ידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

הרחבה לכיסוי הביטוחי-

בנוסף: במסגרת הכיסוי הביטוחי לפי זה סעיף יתווסף: טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

1. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים, לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
2. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, והנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור בעדיפות (Priority Review), במסלול אישור מהיר ("Fast Track Designation"), או מסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval"), או שסווגה ע"י ה-FDA כ"תרופה פורצת דרך" ("Breakthrough Designation"), או לאחר השלמת ניסויים קליניים לתרופה, בשלב שאושר ה-NDA עבור התרופה (New Drug Application).
3. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. ובהר"כ תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.
4. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על בדיקה גנטית או בדיקה גנומית מולקולרית, או בדיקה אימונוהיסטוכימית שבוצעו במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

1.12 "תרופה ניסיונית"

תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמקיים לגביה אחד מאלה:

- 1.12.1 תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו.
- 1.12.2 תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך בקריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.12.3 תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.

1.13 "תרופה Off Label"

תרופה, שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, 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 האלה במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
 - א. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או lia;
 - ב. חוזק הראיות – (Strength of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B;
 - ג. יעילות – (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או lia;

5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, באחד מה-National Guidelines שמפרסם אחד מאלה לפחות:

א. NCCN;

ב. ASCO;

ג. NICE;

ד. Esmo Minimal Recommendation.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים המפורטים:

2.1 מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:

2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר אושרה בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

הרחבה לסעיף זה:

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, על פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל לראשונה טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות לעיל.
על אף האמור, מבוטח שטרם הצטרפותו לביטוח, קיבל בפועל את הטיפול תרופתי, יהיה זכאי לכיסוי הביטוחי על פי פוליסה זו בכפוף לשני התנאים המצטברים:

א. לפחות 12 חודשים מאז שהופסק הטיפול התרופתי.

ב. במועד הצטרפותו לביטוח המבוטח לא נטל את התרופה.
הכל ובתנאי שהטיפול לא הוחרג במסגרת תנאי החיתום במועד הצטרפותו לביטוח.

למען הסדר הטוב, מוסכם כי תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אך אינה מסופקת ע"י קופת החולים לכלל המבוטחים בקופה בה חבר המבוטח תיחשב כתרופה שאינה כלולה בסל התרופות.

2.1.3 תרופה OFF LABEL.

2.1.4 תרופות יתום אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה או הוכרה כתרופת יתום על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2.1.5 תרופה מיוחדת.

2.2 מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי:

3.1 כיסוי תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת ביטוח שיתחדש במועד חידוש הפוליסה, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

כיסוי לכל תקופת ביטוח אשר יתחדש אחת לשנתיים

- 3.1.1 בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪ .
- 3.1.2 בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪, ולא יותר מ- 200,000 ₪ בחודש.
- 3.1.3 סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1, ככל שנטילת תרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי – עד 250 ₪ ליום ועד 60 ימים.

הרחבה לסעיף זה:

המבטח יישא במלוא העלות עבור שירות או טיפול רפואי הכרוכים במתן התרופה. סכום הביטוח שישולם בגין סעיף זה ייכלל בסכום הביטוח המירבי.

- 3.1.4 בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 40,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

הרחבה לסעיף זה:

במקום 40,000 ₪ יבוא 60,000 ₪.

בנוסף:

ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן

המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ועד 400 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.

4. תקופת אכשרה:

תקופת האכשרה בפרק זה הינה 3 חודשים .

הרחבה לסעיף 4:

לא תחול תקופת אכשרה לגבי מבטחים, שהיו מבטחים בפוליסה הקבוצתית עובר למועד חידוש הפוליסה או לגבי מבטחים שהצטרפו בתקופת ההצטרפות. כמו כן לא תחול תקופת אכשרה לגבי מקרה ביטוח עקב תאונה.

5. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 טיפול תרופתי הניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.

הרחבה לסעיף 5.2

לא יחול חריג מסיבה של היריון או לידה.

- 5.3 תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.

5.4 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.

הרחבה לסעיף 5.4:

יתווסף ובתנאי שגורם ממשלתי לא נושא בעלות הטיפול. בנסיבות בהם השירותים הרפואיים המכוסים על פי פרק זה לא יכוסו ע"י גורם הממשלתי באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

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

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

הרחבה לסעיף 5.6:

החריג יהיה תקף אך ורק אם נקבע לכך מפורשות בתנאי ההצטרפות.

5.7 תרופה ניסיונית.

5.8 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.

5.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging.

הרחבה לסעיף 5.9:

יכוסו ויטמינים או תוספי מזון כמפורט בסעיפי ההרחבה לעיל, לפי העניין.

5.10 טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (אידס), למעט למבטחים שהינם נשאים או חולים.

הרחבה לסעיף 5.10:

החריג יחול רק לגבי מבטחים שהתגלו כנשאים או חולים בטרם הצטרפותם לביטוח.

5.11 תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 וסובל נוסף על כך מבעיות של סוכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

5.12 שתל, אבזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אבזר מצופה תרופה.

5.13 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

5.14 קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים, [נוסח חדש], התשל"ג-1973; יובהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, אשר מכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

6. השתתפות עצמית:

6.1 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 – 300 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש.

הרחבה לסעיף 6.1: במקום 300 ש"ח, יבוא 250 ש"ח. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.

6.2 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.1.5 – 500 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש.

על אף האמור בסעיפים קטנים (6.1) ו-(6.2), לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 שקלים חדשים.

הרחבה לסעיף 6.3- במקום 5,000 ₪ יבוא 1,000 ₪. כמו כן, המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

בנוסף:

בנסיבות בהם יישא השב"ן בו חבר המבוטח, בעלות התרופה, ונדרש מהמבוטח לשאת בהשתתפות עצמית העולה על 250 ₪ לחודש יישא המבוטח במלוא ההשתתפות העצמית.

פרק 3- תכנית ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1. האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

הגדרות:

1.1 "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין שבוצעה לאחריו.

1.2 "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי או סדרת טיפולים המבוצעים בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שהוא מחליף.

1.3 "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, ראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.4 "ניתוח מורכב" - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות.

1.5 "רופא מומחה" - רופא בעל התמחות הרלוונטי ואשר מורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול, לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

1.6 "רופא מומחה בישראל" - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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 "שתל" - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.8 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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 ביטוח:

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצע בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח נקבע בישראל, על ידי רופא מומחה טרם נסיעתו של המבוטח לחו"ל. לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישולל מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי ידקק המבוטח לטיפול נוסף.

- פוליסת ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:
- 3.1** לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6.
- 3.2** לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6.
- ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.

הרחבה לסעיף 3.2:

יתווסוף : או 1,250,000 ₪, לפי הגבוה מבניהם.

לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

- 3.3** לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4.1 וסעיף 3.4.2, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.

הרחבה לסעיף 3.3:

יתווסוף : או 1,250,000 ₪, לפי הגבוה מבניהם.

לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

3.4 הוצאות שעולות תכוסה במלואה, בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.3:

- 3.4.1** שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל.
- 3.4.2** כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו, כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים, כולל אשפוז טרם ניתוח או טרם הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
- 3.4.3** עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטרה בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח.
- 3.4.4** הוצאות טיסה לניתוח מורכב – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים.

- 3.4.5 הוצאות נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.
- 3.4.6 הוצאות בשל מסי, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

3.5 הוצאות שעולות תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצידי, בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2 :

- 3.5.1 הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח או טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה בישראל – עד 1,200 ₪ לכל התייעצות.
- 3.5.2 הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח או הטיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.
- 3.5.3 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי – עד 100,000 ₪. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.
- 3.5.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪.
- 3.5.5 הוצאות עלות שתל שהשתל במהלך ניתוח - עד 60,000 ₪.
- 3.5.6 הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:
- 3.5.6.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 ₪ ליום.
- 3.5.6.2 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין - עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 ימים.
- 3.5.6.3 הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל, שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב – עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול.
- 3.5.6.4 הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בהחלמה – עד 400 ₪ לכל יום.
- 3.5.6.5 הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח – עד 100,000 ₪.

3.6 נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב, שאותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 ₪.

4. **תקופת אכשרה:**
תקופת האכשרה לתכנית ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- הרחבה לסעיף 4:**
לא תחול תקופת אכשרה לגבי מבטחים שהיו מבטחים בפוליסה הקבוצתית עובר למועד חידוש הפוליסה או לגבי מבטחים שהצטרפו בתקופת ההצטרפות. כמו כן לא תחול תקופת אכשרה לגבי מקרה ביטוח עקב תאונה.
5. **הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):**
פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל יחריג מכיסוי את המקרים האלה:
- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים.
- 5.3 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות בעלת אופי צבאי.
- הרחבה לסעיף 5.3:**
יתווסף: ובתנאי שגורם ממשלת לא נושא בעלות הטיפול. בנסיבות בהם מקרה הביטוח יכוסה ע"י גורם הממשלתי באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.5 מקרה ביטוח שאירע למבטח השווה רוב ימות השנה (183 יום) מחוץ למדינת ישראל.
- 5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- הרחבה לסעיף 5.6:**
החריג יהיה תקף אך ורק אם נקבע לכך מפורשות בתנאי ההצטרפות.
- 5.7 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- הרחבה לסעיף 5.7:**
לא יחול חריג מסיבה של היריון או לידה
- 5.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
- 5.8.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 5.8.2 ניתוח בריאטרי למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סוכרת או לחץ דם, או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

- 5.9 טיפולי רפואה משלימה.
- 5.10 טיפולים נפשיים.
- 5.11 השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.
- 5.12 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.

פרק 4- ניתוחים בישראל

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית)

***מיועד למבוטחים בפוליסה הקבוצתית המחזיקים בביטוח משלים של קופות החולים.
במידה ולמבוטח אין שב"ן בעת התביעה, תכוסה התביעה לפי החלופה המופיעה בפרק
הבא**

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

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 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 - 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 קופת חולים -** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.7 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;

1.8 שתל - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושלם 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 "הסדר ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח" - הסכם בין חברת ביטוח ובין רופא או מוסד רפואי, ולפיו מלאו התשלומים הקשורים לניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים בגין התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, תשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האבזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול מחליף ניתוח, ישולמו על ידי המבטח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

2. מקרה הביטוח:

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

3. התחייבות המבטח:

3.1 בקורת מקרה הביטוח, ולאחר שהמבוטח יפנה תחילה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן כמפורט בסעיף התביעות (סעיף 7 להלן), המבטח ישפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל רק במקרים הבאים:

3.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח, או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם המבטח.

3.1.2 שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברישמת ההסדר עם המבטח.

3.1.3 שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח אצל המבטח, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

3.2 בקורת מקרי הביטוח בהם תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל **נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים** (כגון פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החברה כאמור או ביטול השב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1.2 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר. ובכפוף לכך שההליך הרפואי בוצע על ידי נותן שירות שבהסדר לפני העניין. יובהר כי לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף זה, תיקבע השתתפות המבטח על פי המידע הקיים אצלו לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן), וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות

בסעיף 4 להלן, בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון", ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

הכיסוי הביטוחי:

4.

בקורות מקרה הביטוח ובכפוף להתחייבות המבטח כמפורט בסעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי כדלקמן:

4.1 שלוש **התייעצויות** בכל שנת ביטוח אצל רופא שיש לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח. כאשר ההתייעצות מבוצעת באמצעות רופא שאין לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח הכיסוי יינתן עד לתקרה של 1,500 ₪. לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.**

4.2 שכר **מנתח** שבהסדר ניתוח.

4.3 כיסוי **הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית שבהסדר ניתוח; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:

4.3.1 שכר רופא מרדים.

4.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

4.3.3 ציוד מתכלה.

4.3.4 שתלים.

4.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

4.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

4.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

4.4 **טיפול מחליף ניתוח;** באמצעות רופא שיש לגביו הסדר מחליף ניתוח. כאשר הטיפול מחליף ניתוח מבוצע באמצעות רופא שאין לגביו הסדר הכיסוי יינתן עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. עלות הניתוח המוחלף בישראל יקבע על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח www.fnx.co.il.

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 הטיפול מחליף הניתוח.

תקופת אכשרה:

5.

5.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

6.

פרק ניתוחים מסלול שב"ן ללא השתתפות עצמית יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

- 6.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.
- 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 6.3 ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיות או תיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, למעט הניתוחים הבאים: (א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; (ב) ניתוח בריאתי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 6.5 השתלת איברים: לעניין זה "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 6.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בפעילות בעלת אופי צבאי.
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

7. תביעות

- 7.1 בנוסף על האמור בסעיף התחייבות המבטח, סעיף 3 לעיל, המבוטח יפנה לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו לכיסוי הביטוחי על פי תנאי השב"ן. לאחר קבלת התייחסות השב"ן לזכאות המבוטח כאמור, המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו לשם קבלת אישור המבטח למקרה הביטוח ולזכאותו לכיסוי הביטוחי מתוקף תכנית זו לפני ביצועו.
- למען הסר ספק, אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי תכנית זו.
- 7.2 בגין מקרה ביטוח שהינו טיפול מחליף ניתוח:

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

ברות ביטוח:

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

8.1 "ברות ביטוח" - זכאות של המבוטח למעבר מתוכנית זו לתכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן: "פוליסת שקל ראשון") - כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, שאינה פוליסה משלימת שב"ן, המשווקת על ידי המבטח 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:

8.1.1 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.

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

8.2 המעבר בין התוכניות יעשה בכפוף לבקשת המבוטח 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 תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

8.3 תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בשב"ן.

8.4 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.

חלופה במקרה ולמבוטח אין שב"ן בעת הגשת התביעה:

**תכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
(ניתוחים שקל ראשון עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪)**

*** מיועד למבוטחים בפוליסה הקבוצתית אשר כוללת בפרק הניתוחים - "משלים שב"ן
ושאינם מחזיקים בביטוח משלים של קופות החולים בעת התביעה.**

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

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 -** חדירנית 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 קופת חולים -** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.7 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;
- 1.8 שתל -** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 תקופת אכשרה -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח, והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

1.10 "הסדר ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח" – הסכם בין המבטח ובין רופא או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים בגין התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, תשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האבזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול מחליף ניתוח, ישולמו על ידי המבטח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.11 השתתפות עצמית - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח מסוג ניתוח - על פי תנאי התכנית. ההשתתפות העצמית תעמוד על 3,000 ₪ צמוד למדד התכנית.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי עבור מקרים אלה בלבד:

3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח אצל רופא שיש לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח. כאשר ההתייעצות מבוצעת באמצעות רופא שאין לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח הכיסוי יינתן עד לתקרה של 1,500 ₪ 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 שבהסדר ניתוח ;

3.3 כיסוי הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית שבהסדר ניתוח; 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).

במקרה בו עלות הניתוח על פי הסדר ניתוח עם נותן שירות המבוקש על ידי המבוטח, נמוכה מסכום ההשתתפות העצמית (3,000 ₪), תהיה באפשרות המבוטח לפנות למבטח ולקבל את אישורו מראש ובכתב לכך שהמבוטח יעבור את הניתוח אצל נותן השירות במחיר שקבוע בהסדר הניתוח בין המבטח לבין נותן השירות כאמור. למען הסר ספק, מובהר ומוסכם כי העלות בגין הניתוח על פי סעיף זה תחול על המבוטח בלבד.

3.4 טיפול מחליף ניתוח; באמצעות רופא שיש לגביו הסדר מחליף ניתוח. כאשר הטיפול מחליף ניתוח מבוצע באמצעות רופא שאין לגביו הסדר, הכיסוי יינתן עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. עלות הניתוח המוחלף בישראל יקבע על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח www.fnx.co.il.

כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח.

תקופת אכשרה:

4.

4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

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.

הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

5.

פרק ניתוחים, מסלול שקל ראשון עם השתתפות עצמית 3,000 ₪, יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

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 אסתטיות, קוסמטיות או תיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, למעט הניתוחים הבאים: (א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; (ב) ניתוח בריאטרי למבוטח 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.

כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.

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 באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בפעילות בעלת אופי צבאי.

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.

6.1

בגין מקרה ביטוח שהינו ניתוח:

הכיסוי הביטוחי יינתן רק אם בוצע על ידי נותני שירות שבהסדר ניתוח. על המבוטח לקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה ביטוח זה. לאחר אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסדר ניתוח את עלות ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הניתוח. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח ישירות לנותן שירות שבהסדר ללא אישור כאמור, יהיה המבטח רשאי להפחית את סכום תגמולי הביטוח עד לסך שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסדר.

למען הסר ספק, על אף האמור בסעיף התביעות לתנאים הכלליים, המבטח ישלם בשל ניתוח, לרופא או למוסד רפואי שבו בוצע הניתוח, ולפי הסדר ניתוח בלבד.

6.2

בגין מקרה ביטוח שהינו טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות :

6.2.1

הכיסוי הביטוחי יינתן בין אם בוצעו על ידי נותן שירות שבהסדר ובין אם על ידי נותן שירות שאינו בהסדר, בהתאם למפורט: אם מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שבהסדר, המבוטח יבקש את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה ביטוח זה. לאחר קבלת אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסדר את ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח ישירות לנותן שירות שבהסדר ללא אישור כאמור, יהיה המבטח רשאי להפחית את סכום תגמולי הביטוח עד לסך שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסדר.

6.2.2

אם מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסדר, המבטח ישלם למבוטח או לנותן השירות, על פי בחירת המבוטח, את ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הטיפול מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח, **עד לתקרה המפורטת בסעיף הכיסוי הביטוחי בלבד.**

6.2.3

טיפול מחליף ניתוח אשר מורכב מסדרת טיפולים/ פרוצדורות/ תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.

פרק 5 - ליווי רפואי וטיפוליים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז, או מחלה קשה

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, עבור הוצאות בגין טיפולים רפואיים, וליווי רפואי בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

1. הגדרות:

- 1.1 **אביזר רפואי:** כל מכשיר או חומר לשימוש פנימי או חיצוני ובלבד שהאביזר רשום באגף אמצעים מתקדמים ומכשירים רפואיים (אמ"ר) במשרד הבריאות, אשר מיועד במישרין אך ורק ל: אבחון, ניטור, הקלה, או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פיאה נוכרית לחולה אונקולוגי.
- 1.2 **אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.3 **אשפוז:** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.4 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.5 **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י 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.
- 1.6 **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי או סדרת טיפולים המבוצעים בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף. לעניין זה טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לניתוח אותו נועד הטיפול להחליף.
- 1.7 **טיפול רפואי:** כל טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שניתנו למבוטח בישראל או בחו"ל, לרבות ומבלי למצות, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות מכל סוג שהוא עפ"י הוראת רופא מומחה, שירותי ניתוח ואשפוז עבורם נדרש המבוטח לשלם שירותי לבית החולים או לרופא, שירותי סיוע והשגחה במהלך האשפוז, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום מכל סוג שהוא, טיפול בכאב, שימוש באביזרים רפואיים מושתלים חיצוניים או מתכלים, (לרבות פיאה עקב טיפול במחלת הסרטן), הוצאות העברה באמבולנס הנדרשות עקב המצב הרפואי לצורך קבלת השירותים כאמור, וכן טיפולים הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה כגון הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן.
- 1.8 **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומימונת המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

1.9 יום אשפוז: אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה למשך 16 שעות ברציפות במחלקה בבית חולים שאינה חדר מיון, או שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.

2. שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר אשפוז או ביצוע ניתוח:

2.1 מקרה הביטוח

שירות או טיפול רפואי או שיקומי שניתן למבוטח בישראל, לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל שבוצע במהלך תקופת הביטוח.

2.2 תגמולי ביטוח

המבטח יישא בעלות שירותי אשפוז או שיקום, כמפורט להלן:

2.2.1 שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח, או אשפוז ארוך

המבטח ישתתף בשיעור 80% בעלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכו' עזר (שלא ע"י בן משפחה) בעת שהותו של המבוטח בבית"ח בישראל, עד 519 ש"ח לכל יום אשפוז:
במקרה בו בוצע ניתוח - מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.
במקרה של אשפוז במהלכו לא בוצע ניתוח – החל מהיום החמישי ממועד האשפוז בבית החולים ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

2.2.2 טיפול שיקומי בעת אשפוז

המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים, עד 332 ש"ח לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז.
יובהר כי עפ"י סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוז של המבוטח בבית חולים שיקומי.
מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בכיסוי זה לא יכוסה מתוקף כיסוי אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה.

2.2.3 סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח

מבוטח שאושפז בבית חולים בישראל, המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% ועד 415 ש"ח ליום עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון הסמוך לבית החולים, החל מיום האשפוז החמישי ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה.
הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.
מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז המבוטח במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.

2.2.4 עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי

טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה. יובהר כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבטח הנמצא בחו"ל לישראל.

החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר

2.2.5

אם בוצעו במבטח: ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה מהם היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 4 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 831 ש"ח לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר כזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום לאחר ניתוח

2.2.6

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד 260 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בכיסוי זה לא יכוסה מתוקף כיסוי אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה.

התעמלות שיקומית לאחר ניתוח

2.2.7

המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד לסכום מרבי של 311 ש"ח בחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

אביזרים רפואיים לאחר ניתוח

2.2.8

המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור אביזרים רפואיים שרכש במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ניתוח ונדרשים עקב ביצוע הניתוח, ועד לסך מצטבר של 4,672 ש"ח לכל תקופת הביטוח. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

על פי סעיף זה לא יכוסו:

- 2.2.8.1 אביזרים הקשורים לטיפול שניניים.
- 2.2.8.2 אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית, טלפון סלולרי ו/או שעון חכם מכל סוג שהוא.
- 2.2.8.3 עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.
- 2.2.8.4 משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

2.2.8.5 נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכלים שנקבעו, לחולים במחלה ראוטמית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.

2.2.8.6 מוצרי טואלטיקה מכל סוג שהוא לרבות סבונים, שמפו, קרמים, מוצרי הגיינה, פריטי ביגוד והנעלה.

2.2.8.7 מוצרי מזון, תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות.

2.2.9 טיפול בפצעים

2.2.9.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מההוצאה עבור טיפול וריפוי חתכים, פצעים, צלקות, ומניעת זיהומים, אחרי ביצוע ניתוח/טיפול מחליף ניתוח או הקרנות, וכן טיפול בכוויות.

2.2.9.2 הכיסוי כולל יעוץ רפואי, הטריית פצעים וכוויות, חבישות, עלות שימוש במכשירים לרבות שימוש בתא לחץ, והשתלות עור; (בנסיבות בהם אינו נכלל בגדר הכיסוי הביטוחי בפרק הניתוחים) לרבות שתלי עור שפותחו במעבדה, ועלות החומרים והתרופות לצורך ריפוי פצעים, חתכים או כוויות. יובהר כי עפי" סעיף זה לא יכוסו טיפולים הנדרשים עקב ניתוחים למטרת יופי או אסתטיקה.

2.2.10 חוות דעת שנייה של רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי

2.2.10.1 המבטח ישתתף בשיעור של 80% ועד 3,115 ₪ לכל מקרה ביטוח, מעלות עבור חוות דעת שנייה שניתנה בעת שהות המבוטח באשפוז, בקשר לאירוע רפואי המפורט בסעיף 3, ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח. השירות כולל בין היתר גם ביקור הרופא במחלקה בו מאושפז המבוטח.

2.2.10.2 **תנאי לחבות המבטח**
תנאי לחבות המבטח לפי סעיף זה כי המבוטח מאושפז בבית חולים ציבורי לתקופה העולה על 3 ימים ברציפות.

2.2.11 פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה (מכל סיבה שהיא)

מבוטח שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של מעל 7 ימים רצופים, יהיה זכאי לפיצוי בסך 1,038 ₪. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי עבור 2 תקופות אשפוז כאמור בכל שנת ביטוח.

2.2.12 שמירת הריון באשפוז

מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 2.2.11, מבוטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 7 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 125 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-8, ולתקופה מרבית ורציפה של עד 90 ימים, לכל הריון.

- 2.3 תנאי לחבות המבטח**
- 2.3.1** הזכאות לתגמולי ביטוח הינה לגבי טיפולים המצוינים להלן, והם בלבד, שניתנו למבוטח במהלך האשפוז או לאחר השחרור מבית חולים או ממרפאה הכירורגית בישראל, במהלכו בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או הקרנות ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, (להלן "תקופת הזכאות").
- 2.3.2** בנסיבות בהן יבוצע ניתוח חוזר עקב אותה בעיה רפואית, תסתיים תקופת הזכאות במועד ביצוע הניתוח החוזר. לאחר ביצוע הניתוח החוזר תימנה תקופת הזכאות מחדש.
- 2.3.3** יובהר כי אם במהלך האשפוז בוצעו מספר ניתוחים, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח עבור שירותים שניתנו לו לאחר השחרור מאשפוז, ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, לפי העניין.

3. טיפולים רפואיים אגב אירוע רפואי משמעותי

- 3.1 מקרה הביטוח**
- מקרה הביטוח הינו אחד האירועים הרפואיים המכוסים כמפורט, אשר התגלו במהלך תקופת הביטוח.
- מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן האירוע הרפואי או בוצע הניתוח המפורטים ברשימת האירועים הרפואיים, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.
- 3.2 רשימת האירועים הרפואיים המכוסים**
- 3.2.1 איבוד גפיים (Loss of Limbs) - איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.**
- 3.2.2 אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול, ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.**
- 3.2.3 אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) -** אי ספיקת כבד פתאומית חריפה, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי הסימנים הבאים:
1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
 2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
 3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7; 4. צהבת, מעמיקה;
- 3.2.4 אי ספיקת כליות סופנית (End stage Renal Failure) - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.**
- 3.2.5 אנמיה אפלטטית קשה (Severe Aplastic Anemia) -** כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלטטית והמתבטא באנמיה, נייטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם;
 2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 4. השתלת מוח עצם.
- 3.2.6 **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) - תהליך שפיר תופס מקום**
במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
- 3.2.7 **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) - דלקת קרום**
המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נירולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
- 3.2.8 **דלקת מוח (Encephalitis) - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות**
שלושה חודשים, ואשר לדעת נירולוג מומחה יותירו נזק נירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
- 3.2.9 **השתלת איברים (Organ Transplantation) - ריאה, לב, کلیה, בלב, כבד,**
שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.
- 3.2.10 **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome) - נמק של חלק משריר הלב**
כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:
1. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין מעבר לערכי הנורמה, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.
2. קיומה של לפחות אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ג.ג. האופייניים לאוטם.
- 3.2.11 **חירשות (Deafness) - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי**
האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 3.2.12 **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה**
הגורמת לחסר נירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לפחות לאירוע אחד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.
- 3.2.13 **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) - עליה**
בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ כ"א לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ כ"א, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- 3.2.14 **כוויות קשות (SEVERE BURNS) - פצע, צריבה בעור הגוף שנגרמו ע"י**
נגיעה באש או בחומר או נזל חם/קפוא, או נגיעה בחומר כימי אשר גרמו לכוויות מדרגה שלישית בלפחות 20% משטח.

- 3.2.15 **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease)-**
מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
1. צהבת;
2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
4. אנצפלופטיה כבדית;
5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.
- 3.2.16 **מחלת ריאות חסימתית ורטרקטיבית כרונית (Chronic Abstractive and Restrictive Lung Disease) -**
מחלת ריאות חסימתית סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
1. נפח FEV1 של פחות מ- 1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ כ"עליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ"ע.
או מחלה ריאתית סופנית עם הפרעה רטרקטיבית קשה בתפקודי הריאה.
- 3.2.17 **ניוון שרירים מסוג (Amyotrophic Lateral Sclerosis) ALS -** עדות לפגיעה משולבת בנירן המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת ומתקדמת. האבחנה תקבע על ידי ניירולוג מומחה.
- 3.2.18 **סוכרת נעורים מסוג DIABETES – MELLITUS** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה טרם מלאו לו 18 שנה.
- 3.2.19 **סרטן (cancer) -**
נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות, וכן מחלת הסרטן תכלול גם לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר כי על אף האמור, הגדרת סרטן על פי סעיף זה תכלול גם גילוי סרטן מוקדם - גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים – (in situ).
- 3.2.20 **עיוורון (Blindness) -** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 3.2.21 **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) -** מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, کلیה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
- 3.2.22 **פגיעה מוחית כתוצאה מתאונה (Brain Damage) -** פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא ניירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

- 3.2.23 **פוליו (שיתוק ילדים-Poliomyelitis) - שיתוק שרירים** קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 3.2.24 **פרקינסון (Parkinson's Disease) - האבחנה** מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י ניירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
- 3.2.25 **צפדת (טטנוס) (Tetanus) - מחלה** הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetani, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- 3.2.26 **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy) - מחלת לב** כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
- 3.2.27 **שבץ מוחי (CVA) - כל** אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות ניורולוגיות או חוסר ניורולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק ניורולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי ניירולוג מומחה.
- 3.2.28 **שיתוק (פרפליגיה, קוודריפליגיה) (Paralysis) - איבוד** מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשרירי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 3.2.29 **תרדמת (COMA) - מצב** של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פיזיים, אשר נגרם עקב נזק ניורולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 3.2.30 **תשישות נפש (DEMENTIA) - פגיעה** בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על-פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 60 יום.
- 3.2.31 **נכות צמיתה – נכות** קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:
1. נכות עקב מחלה אחת מסוימת שאינה מנויה ברשימת המחלות או האירועים המצוינים לעיל, ושהתגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, או נכות עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
 2. המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 75%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין פגיעה אחת מסוימת (ולא בגין מספר פגיעות או מחלות יחד) בשל מחלה או תאונה. למרות האמור לעיל נכות זמנית תיחשב בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לענין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
 3. מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 1-5-2013 לתקופה עולה על 3 חודשים. יובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח וקביעה זו מצביעה כי המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, תחייב קביעה זו את המבטח לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט

קביעתו של המוסד לביטוח לאומי לגבי אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).

הגדרת המחלות: גידול שפיר של המוח, השתלת איברים, חירשות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, עיוורון, סרטן, דלקת חיידיקית של קרום המוח, דלקת מוח, פרקינסון, תשישות נפש ונכות צמיתה, נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות" 2015-1-17.

3.3 זכאות לתגמולי הביטוח

זכאותו של המבוטח על פי פרק זה הינה אך ורק בקרות אחד האירועים הרפואיים המצוינים לעיל, ולאחר מיצוי זכאותו של המבוטח על פי כל פרק או רובד ביטוחי אותו רכש המבוטח. יובהר כי זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי כל פרק אחר בפוליסה ועל פי פרק זה לא יעלו על סך ההוצאה בפועל.

3.4 תגמולי ביטוח

3.4.1 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מההוצאות עבור טיפולים רפואיים בפועל, לאחר השתתפות עצמית ראשונית בסך 2,077 ₪, ועד לסך של 51,913 ₪, בגין האירועים רפואיים המפורטים בסעיף 3 בפרק זה, שבוצעו בישראל או בחו"ל, במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

3.4.2 על אף האמור בסעיף 3.4.1, עבור השירותים המצוינים להלן המבטח ישפה את המבוטח בשיעור הנקוב לגבי אותו טיפול ועד הסכום המרבי הנקוב לגבי אותו טיפול:

3.4.2.1 עבור הוצאות רפואיות במקרה של גילוי סרטן מוקדם - עד 10,383 ₪.

3.4.2.2 עבור צנתור טיפולי באמצעות בלון או סטנט - עד 10,383 ₪.

3.4.3 שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל

המבטח ישתתף בשיעור 80% מהעלות עבור שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל, הקשור באירוע רפואי המפורט בסעיף 3, ועד 4,984 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3.4.4 שירות "רופא מלווה"

3.4.4.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות שירותי "רופא מלווה" שירות יעוץ וליווי ע"י רופא מומחה מלווה הקשור באירוע רפואי המפורט בסעיף 2.3, ועד 3,115 ₪ ש"ח, לכל מקרה ביטוח.

לעניין סעיף זה "רופא מלווה": רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי, ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימות למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבריור או הטיפול הרפואי, יעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם, והמלצות להמשך טיפול.

3.4.4.2	תנאי לחבות המבטח-
	שירות רופא מלווה יכלול לפחות פגישת יעוץ פרונטלית אחת עם הרופא המלווה במהלך 3 חודשים מתחילת השירות.
3.4.5	<u>מנוי למשדר קרדיולוגי</u>
	המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדיולוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 228 ש"ח לכל חודש. הזכאות הינה לתקופה מרבית רציפה אחת של 24 חודשים לכל היותר.
3.4.5.1	המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות.
3.4.5.2	אובחן במבוטח הצורך בנינוח לב או השתלת לב.
3.4.5.3	המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.
3.4.6	מובהר כי אם המבוטח קיבל בכיסוי למחלה קשה שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, ואירעו מקרי ביטוח נוספים, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכומים הנקובים בסעיפים 3.4.1-3.4.3 לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.
3.4.7	המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי עבור אובדן כושר עבודה, אלא רק שיפוי עבור הוצאות רפואיות.
3.4.8	תקופת אכשרה לפרק זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.

1. הגדרות:

"ריתוק לבית": מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שוהה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו, או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו, או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו, או ישנה התוויה רפואית המצביעה כי יציאה מהבית יש בה סיכון משמעותי להחמרה במצב בריאותו של המבוטח.

2. מקרה הביטוח

שירות רפואי הניתן למבוטח המרותק לביתו, לאחר אשפוז בבית חולים. המועד הקובע לזכאותו של המבוטח לשירותי אשפוז בית, הינו מועד השחרור מבית החולים.

3. הכיסוי הביטוחי

מבוטח אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים, ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו, יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 80% ועד 5,191 ש"ח לתקופת ביטוח עבור השירותים המצוינים להלן בלבד, שניתנו לו במקום מגוריו, במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים, ועד הסכומים הקבועים בכל סעיף לפי העניין.

3.1.1 שירותי אחות פרטית

שירותי אחות בבית המבוטח, לצורך טיפול וחבישת פצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עיזי, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים וכדומה, עד 363 ש"ח לכל ביקור.

3.1.2 שירות רופא בבית

בדיקה וביקורת תקופתית ע"י רופא בבית המבוטח, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכו' עד 363 ש"ח לכל ביקור.

3.1.3 שירותי בדיקות מעבדה

שירותי בדיקות דם ושתן בבית המבוטח, איסוף ושינוע הדגימות והעברתן למעבדה.

3.1.4 שירות טיפול וסיוע תפקודי

מבוטח, ששוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח, ונמצא כמי שמרותק לביתו לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתה במועד שחרורו מבית החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבוטח עד 187 ש"ח לכל יום, עבור הוצאותיו בגין טיפול וסיוע תפקודי שניתנו ע"י מטפלת שאינו בן משפחה של המבוטח, החל מהיום ה-31 ועד לתקופה מרבית בת 60 ימים. **הזכאות לתגמולי ביטוח מותנית בהגשת דו"ח הכולל הצהרה חתומה ע"י נותן השירות לגבי מועדי מתן השירות בבית המבוטח.**

3.1.5 פיצוי בגין היעדרות מלימודים

מבלי לגרוע מזכאותו של המבוטח לפי סעיפים 3.1.1-3.1.4, מבוטח – תלמיד בבית ספר יסודי או תיכון, בלבד, המאושפז בבית חולים או מרותק לביתו עקב תאונה שארעה בתקופת הביטוח או מחלה שהתגלתה בתקופת הביטוח, וכתוצאה מכך נעדר מלימודיו בבית ספר לתקופה רציפה העולה על 21 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 216 ש"ח ליום לכל יום היעדרות מלא מלימודיו בהתאם לאישור מהמוסד החינוכי, החל מהיום ה-22 להיעדרות, ועד 360 ימים. **יובהר כי ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך חישוב ימי המתנה או ימי הפיצוי.**

פרק 7 - יעוץ ובדיקות

1. הגדרות:

1.1 בדיקה פתולוגית: כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.

1.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות: בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה –אולטרסאונד (S.U), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי, PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאן, כל פעולה חדריתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אין נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות לצורך מתן טיפול רפואי בהתאמה אישית, ובכלל זה בדיקות גנטיות, אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצען בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה מניעת הישנות המחלה או החמרתה שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו').

יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר מנהלים, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבניה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

1.3 בית חולים: מוסד או מרכז רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).

1.4 יום אשפוז: אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה למשך 16 שעות ברציפות במחלקה בבית חולים שאינה חדר מיון, או שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.

1.5 מעבדה: מעבדה רפואית המוכרת כמעבדה רפואית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.

1.6 רופא: מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.

1.7 רופא מומחה: רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

2. מקרה הביטוח:

טיפול רפואי המפורט בסעיף 4, אשר בוצע במהלך תקופת הביטוח.

3. תגמולי הביטוח:

המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהשיעורים והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
אם פנה המבוטח לקבלת שירות רפואי באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן בקופת החולים בו הוא חבר, ונדרש לשלם השתתפות עצמית, יהיה זכאי להחזר מלוא השתתפות העצמית.

4. הכיסוי הביטוחי

4.1 התייעצות עם רופא מומחה

4.1.1 המבוטח זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד 934 ₪ עבור כל התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים). יובהר כי הכיסוי יינתן רק במקרה והרופא אינו הרופא המטפל באופן שוטף במבוטח.

4.1.2 **המבטח לא יישא בעלות עבור שירות לתיווך, תיאום או קיצור תורים, אלא עבור התשלום לרופא או המרכז הרפואי בלבד.**

4.1.3 בנסיבות בהן המבטח יפעיל מערך שירותי יעוץ לרופאים מומחים באמצעות נותני שירות בהסכם, לרבות במסגרת שירות קיצור תורים, יישא המבוטח בהשתתפות עצמית בסך שייקבע מעת לעת ע"י המבטח לכלל המבוטחים אצלו.

4.1.4 המבוטח יהיה זכאי בסך הכול לעד 3 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.

4.1.5 מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לה זכאי המבוטח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

4.1.6 **תקופת אכשרה לסעיף 4.1 הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.**

4.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות

4.2.1 המבוטח זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד לסך של 15,574 ₪ בכל שנת ביטוח, עבור עלות בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו. **יובהר כי חלקו של המבוטח בעלות הבדיקה לא יפחת מ- 260 ש"ח לכל בדיקה.**

4.2.2 **המבטח לא יישא בעלות עבור שירות לתיווך, תיאום או קיצור תורים, אלא החזר בגין עלות הבדיקה בלבד.**

4.2.3 בנסיבות בהן המבטח יפעיל מערך שירותי בדיקות אבחון באמצעות נותני שירות בהסכם, לרבות במסגרת שירות קיצור תורים, יישא המבוטח בהשתתפות עצמית בשיעור 20% מעלות הבדיקה ולא פחות מ- 260 ₪ לכל בדיקה.

4.2.4 **חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית**
המבוטח זכאי להשתתפות עבור התייעצות עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה, עד לסך 934 ₪ עבור כל התייעצות.

4.2.5 **תקופת אכשרה לסעיף 4.2 הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.**

4.3

חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

- 4.3.1 המבטח זכאי להשתתפות בשיעור 80% מההוצאה אך לא יותר מ- 7,268 ₪, עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.
- 4.3.2 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
- 4.3.3 במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 883 ש"ח לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
- 4.3.4 יובהר כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחת למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.
- 4.3.5 **תנאי לחבות המבטח**
יובהר כי חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.

- 4.3.6 **תקופת אכשרה לסעיף 4.3 הינה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

4.4

בדיקות ומעקב לנשים הריון

- 4.4.1 **בדיקות גנטיות טרום הריון**
המבוטח/ת יהיו זכאים להשתתפות בשיעור 80% מעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח, לשלילת מומים מולדים, ועד 1,298 ש"ח. הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבוטח/ת אינו זכאי/ת לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה לכל מבוטח/ת, פעם אחת בתקופת הביטוח.
- 4.4.2 **בדיקות לנשים במהלך בהריון**
מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בשיעור 80% מעלות הבדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההיריון, או אבחון מצבו הרפואי ו/או הגנטי של העובר, ועד לסכום של 5,191 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.
במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 7,787 ₪ לכל הריון.
- 4.4.3 **מעקב הריון**
מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח בעלות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, ועד לסכום של 415 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.

- 4.4.4 **אם פונדקאית** - הזכאות על פי סעיף 4.4 רבתי תחול גם לגבי אם פונדקאית.

- 4.4.5 **תקופת אכשרה לסעיף 4.4 הינה 9 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

4.5 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה

4.5.1 מבוטח שגילו עד 16 שנים, זכאי להשתתפות בשיעור 80% מעלות שירותי אבחון שבוצעו ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת TOVA, BRC, עד לסכום של 1,869 ש"ח. הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף 4.5 הינה 12 חודשים מיום תחילת הביטוח.

5. חריגים אשר יחולו על כל הסעיפים בפרק זה:

- 5.1 התייעצויות או בדיקות לצורך טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.
- 5.2 התייעצויות או בדיקות לצורך טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.3 לא יכוסה טיפול ניסיוני-טיפול רפואי המבוצע למטרות מחקר או מבוצע באמצעות טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפול רפואי שלצורך ביצועו נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומם. לעניין זה: "ועדת הלנסקי עליונה" – כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) (התשמ"א 1980).

פרק 8 - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים

1. הגדרות:

1.1 אביזר רפואי: כל מכשיר או חומר לשימוש חיצוני אשר מיועד במישרין אך ורק ל: אבחון, ניטור, הקלה, או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פיהא נוכרית לחולה אונקולוגי.

1.2 אשפוז: שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.

1.3 בית חולים: מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).

1.4 טיפול בכאב: טיפולים לצורך הקלה בכאב, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, או גוגי דלקת, הזרקות תוך מפרקית של חומרי סיכה או גורמי ריפוי כדוגמת PRP או אורטוקין, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, טיפולים פודיאטרים, טיפולים באמצעות השתלת קוצב או משאבה, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

1.5 טכנולוגיות רפואיות מתקדמות: פרוצדורות רפואיות, אבחוניות וטיפוליות וכן שימוש באביזרים רפואיים, חומרים, שתלים, ומכשירים רפואיים לצורך ביצוע פעולות פולשניות-חדירתיות, בכל שיטה, טכנולוגיה או מכשור המוכרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא מבוצע, לצורך אבחון, טיפול או מניעה של מצב רפואי, מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבוטח, או טיפול בסימפטומים של כל אחד מאלה, לרבות טיפול בכאב או טיפול לצורך שיפור התפקוד היום יומי של המבוטח. מבלי לגרוע בכלליות האמור במסגרת טכנולוגיות מתקדמות יכלול בין השאר שימוש באמצעי הדמיה לצורך תכנון וביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ביצוע ניתוח באמצעות רובוט טיפולי, טיפול באמצעות גלי הלם או קרינה מכל סוג, חיצוני או פנימי, שימוש באביזר רפואי לצורך טיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס, מכשור לטיפול בהזעת יתר, או טיפול באמצעות תא לחץ המופעל במרכז רפואי מאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל. (רפואה היפרברית).

1.6 רופא: מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.

1.7 רופא מומחה: רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

1.8 שתל (אביזר מושטל): כל חומר, אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, לרבות כל אלה אשר הודפסו בתלת מימד או פותחו בתנאי מעבדה, המושטלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי. איבר מושטל כהגדרתו בסעיף 1.4 אשר בפרק ד' לא ייחשב לשתל על פי הגדרה זו.

2. מקרה הביטוח:

טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות המבוצעים במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

3. תגמולי הביטוח:

המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהשיעורים והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
אם פנה המבוטח לקבלת שירות רפואי באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן בקופת החולים בו הוא חבר, ונדרש לשלם השתתפות עצמית, יהיה זכאי להחזר מלוא השתתפות העצמית.

4. הכיסוי הביטוחי:

4.1 טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

4.1.1 המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע טיפול רפואי, ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצאות אשפוז, שכר מבצע הטיפול, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, אבחון, הוצאות שימוש במכשור רפואי, אביזרים מושטלים, בדיקות ואבחונים שבוצעו כחלק מהטיפול הניתוח או הטיפול המחליף הניתוח, וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול, ועד לסך של 103,826 ₪ לכל מקרה ביטוח.

4.1.2 תנאי לחבות המבטח לפי סעיף זה

4.1.2.1 הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות אינו מכוסה בפרק ז' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

4.1.2.2 רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.

4.1.2.3 הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.

4.1.2.4 הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.

4.1.2.5 הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחת מהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

4.1.3 חריגים אשר יחולו על סעיף 4.1

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1.3.1 טיפול בטכנולוגיות מתקדמות שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:

4.1.3.1.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

4.1.3.1.2 ניתוח בריאטרי למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

4.1.3.2 טיפול בטכנולוגיות מתקדמות הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

4.1.3.3 השתלת איברים המכוסה על פי פרק ד'.

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

4.2 טיפולים לריפוי והקלה בכאב

4.2.1 המבטח יישא בעלויות עבור טיפול או סדרת טיפולים להקלה בכאב, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עד לסך מצטבר של 20,765 ₪ בכל תקופת הביטוח.

4.2.2 חריגים אשר יחולו על סעיף 4.2:

4.2.2.1 טיפול תרופתי מכל סוג וכן מזון, תוספי מזון ו/או ויטמינים, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות.

4.2.2.2 לא יכוסו טיפולי שיקום או טיפול ברפואה משלימה הכלולים בפרק זה.

4.2.2.3 מבטח הזכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף 4.1, לאמור אין כפל ביטוחי.

4.2.3 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.3 טיפולים בתא לחץ

המבטח ישתתף בשיעור 80% מהעלויות עבור טיפולים המבוצעים בתא חמצן בעל לחץ גבוה, עד ל- 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 363 ש"ח לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

4.3.3 חריגים אשר יחולו על סעיף 4.3:

4.3.3.1 לא יכוסו טיפולים לצורך קוסמטי/ אסטטי

יובהר כי מבטח הזכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף 4.1, לאמור אין כפל ביטוחי.

4.4.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור רכישת אביזרים רפואיים (לשימוש חיצוני), עד לסך מצטבר של 5,191 ₪ לכל תקופת הביטוח. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 467 ₪ בכל פעם. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

4.4.2

חריגים לסעיף זה

4.4.2.1 לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפול שניניים.

4.4.2.2 לא יכוסו אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית, מכשירי טלפון סלולרי, או יישומים המופעלים באמצעות טלפון או שעון נייד, וכן לא יכוסו אביזרי רכב מכל סוג שהוא.

4.4.2.3 לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע נידודת במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

4.4.2.4 לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

4.4.2.5 לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראומטית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. כן יכוסו נעלי אפוס.

4.4.2.6 לא יכוסו מוצרי טואלטיקה מכל סוג לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה מכל סוג שהוא.

4.4.2.7 לא יכוסו מוצרי מזון, תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות.

4.4.3 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 9 - טיפולי שיקום, טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי רפואה משלימה

1. הגדרות:

- 1.1 **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל לביצוע הטיפול השיקומי.
- 1.2 **עובד סוציאלי:** מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996.
- 1.3 **פסיכולוג:** אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977.
- 1.4 **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.5 **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

2. מקרה הביטוח:

טיפולים רפואיים המצויינים בסעיף 4 להלן המבוצעים במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצויינים בכל סעיף, לפי העניין.

3. תגמולי הביטוח:

המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהשיעורים והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
אם פנה המבוטח לקבלת שירות רפואי באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן בקופת החולים בו הוא חבר, ונדרש לשלם השתתפות עצמית, יהיה זכאי להחזר מלוא השתתפות העצמית.

4. הכיסוי הביטוח:

4.1 **טיפול שיקום (שלא לאחר ניתוח)**

4.1.1 **התייעצות עם רופא שיקומי**

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור התייעצות שיקומית עם מומחה שיקומי, שניתנה למבוטח במהלך תקופת הביטוח, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון

שיקום מוטורי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, עד לסכום של 908 ₪ לכל התייעצות, פעם אחת בכל שנת ביטוח.

4.1.2 שיקום דיבור וראיה

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של 208 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

4.1.3 טיפולי פיזיותרפיה

המבטח יהיה זכאי לקבל החזר בגין טיפולי פיזיותרפיה, אשר בוצעו במהלך תקופת הביטוח, בכפוף לתנאים המפורטים להלן:
ניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת השירותים עקב מצבו הרפואי.
המטפל הינו מטפל מוסמך, בעל תעודת מקצוע בפיזיותרפיה תקפה מטעם משרד הבריאות.

המבטח יהיה זכאי להחזר הוצאות עד 12 טיפולים בשנת ביטוח, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או בגין מספר בעיות רפואיות באותה שנה.
ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 167 ₪ לטיפול.

מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בכיסוי זה לא יכוסה מתוקף כיסוי אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה.

4.1.4 התעמלות שיקומית

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור התעמלות שיקומית המבוצעת במרכזים רפואיים או בפיקוח רפואי, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 187 ₪ לחודש, לתקופה שלא תעלה על 12 חודשים. הזכאות הינה פעם אחת בתקופת הביטוח.

4.1.5 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.2 טיפול בהתפתחות הילד

4.2.1 בעיות הרטבה לילדים

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור טיפול אחד למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתן במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 685 ₪ לטיפול.

4.2.2 טיפול בבעיות התפתחות בילדים

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 16, ע"י רופא ילדים או מכון מוכר או רופא מומחה להתפתחות הילד, והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול ע"י מטפל אחר שהוסמך לטפל באמצעות טיפול שיקומי אחר, עד לסכום של 166 ₪ לטיפול, ולא יותר מ-20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.
לעניין סעיף זה "בעיות בהתפתחות הילד" – פגיעה, תפקוד לקוי, או עיכוב בתפקוד פיזי או נפשי או קוגניטיבי בהתאם לגילו של המבטח.

4.2.3 **חריגים לסעיף זה - לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, או טיפולי שיקום הכלולים בסעיף 4.5.**

4.2.4 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

4.3

טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

4.3.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות של טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו בגופה של מבטחת, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עד לסכום של 12,000 ₪ לכל הולדת ילד, עבור כלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק) שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, ועד שני ילדים בלבד.

4.3.2 הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשילבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה, לרבות: בדיקה אבחונית, עלות טיפול תרופתי, שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, הזרעה תוך רחמית והחזרת עוברים לגופה של המבטחת, וכן עלות השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך.

4.3.3 המבטח ישתתף בעלויות טיפולי פרייון הגבר שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, ובכלל זה עלות טיפול כירורגי להוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והשבחתם ועד לסך של 12,459 ₪.

4.3.4 יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה עבור טיפול שבוצע בגופו/ה של המבוטח/ת בלבד במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת של עד שני ילדים בלבד. יובהר כי אם שני בני זוג מבטחים הם יהיו זכאים לסכום ביטוח של עד 12,459 ₪.

4.3.5 עבור טיפול פוריות והפריה אשר בוצעו במבטחת בחו"ל, השתתפות המבטח תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 20,459 ₪. המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.

4.3.6 **אם פונדקאית** - הזכאות על פי סעיף 4.3 זה, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

4.3.7 חריגים לסעיף זה

4.3.7.1 **לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.**

4.3.7.2 **לא יכוסו טיפולים המכוסים על פי פרק הניתוחים.**

4.3.8 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

4.4

יעוץ/טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטר/עובד סוציאלי

4.4.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור יעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי; עד 12 טיפולים לכל שנת ביטוח ועד 276 ₪ לכל טיפול, בגין כל אחד מהמקרים שלהלן והם בלבד שאירעו למבוטח או לבן משפחתו מדרגה ראשונה.

4.4.1.1 הפרעת אכילה.

4.4.1.2 התמכרות לסמים.

4.4.1.3 פטירה של בן משפחה מקרבה ראשונה.

מחלה קשה (כהגדרתה בחוזר המפקח) או מקרה סיעודי או אובדן כושר עבודה, או נכות של המבוטח או בן משפחה מקרבה ראשונה.	4.4.1.4
תקיפה מינית של המבוטח או בן משפחה מקרבה ראשונה.	4.4.1.5
גירושין.	4.4.1.6
תופעות חרדה או דיכאון שאובחנו ע"י פסיכיאטר או פסיכולוג	4.4.1.7

קנאביס רפואי:

4.5

המבטח יישא בשיעור 80% מעלות רכישת קנאביס רפואי, בתפריט או בשמן, ועד 415 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים.

לעניין סעיף זה "קנאביס רפואי" – לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח או בסימפטומים הנובעים ממצבו הרפואי, על פי המלצה מאת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, ובכפוף לרישיון שהונפק ע"י היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות או ע"י רופא שהוסמך לכך ע"י משרד הבריאות, ובלבד שרכישת הקנאביס תבוצע בבתי מרקחת המורשים ע"י משרד הבריאות.

טיפולים ברפואה משלימה וייעוץ דיאטטי

4.6

4.6.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות טיפול ברפואה משלימה שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 123 ש"ח לטיפול או התייעצות. עבור טיפול וייעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה/ הרבולוגיה/ נטורופתיה ישתתף המבטח בעלות של 249 ₪ (לטיפול או הייעוץ הראשון בלבד). המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

הומיאופתיה	4.6.1.1
אוקופונקטורה	4.6.1.2
כירופרקטיקה	4.6.1.3
אוסטיאופתיה	4.6.1.4
רפלקסולוגיה	4.6.1.5
שיאצו	4.6.1.6
ייעוץ דיאטטי	4.6.1.7
שיטת פלדנקרייז	4.6.1.8
ביו-פידבק	4.6.1.9
נטורופתיה	4.6.1.10
הרבולוגיה	4.6.1.11
שיטת פאולה	4.6.1.12

- 4.6.1.13 שיטת אלכסנדר
- 4.6.1.14 טוינא
- 4.6.1.15 שיטות שלא נמנו ברשימה לעיל ויהיו מוצעות לציבור הרחב ע"י השב"ן מטעם קופות החולים השונות ואשר יאושרו ע"י המבטח.
- 4.6.2 תנאי לחבות המבטח**
קבלת שירותי רפואה משלימה כפופה לאישור מרופא מומחה על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.
- 4.6.3 חריגים לסעיף זה**
בנוסף לחריגים כלליים - פרק ב', בפרק זה יחולו החריגים הבאים:
- 4.6.3.1 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל, ו/או התחייבות לנותן שירות לטיפולים עתידיים.
- 4.6.3.2 לא יאושרו החזרי הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.
- 4.6.3.3 לא יינתן שיפוי בגין טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.6.3.4 לא יאושרו טיפולים בבית המבוטח או במסגרת בית מלון ו/או פא.
- 4.6.4 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

1. **הגדרות:**

בתת פרק זה, בנוסף להגדרות בתנאים הכלליים, יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:

 - 1.1 **"נותן השירות"** - הרצליה מדיקל סנטר, רח' רמת ים 7, הרצליה פיתוח או כל נותן שירות אחר כפי שייקבע, מעת לעת, ע"י המבטח.
 - 1.2 **"מוקד שירות"** - מוקד שירות טלפוני ייעודי עבור המבוטחים. המוקד יפעל בימים א'-ה' בין השעות 08:30-17:00 למעט ערבי חג וחג. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא 1-700-50-39-83. (ככל שיחול שינוי בפרטי ההתקשרות של המוקד תפורסם על כך הודעה באתר החברה www.fnx.co.il).
 - 1.3 **"חג"** - מועדי ישראל שהנם ימי שבתון.
 - 1.4 **"תהליך אבחון"** - תהליך אותו יעבור המבוטח על מנת לזהות באם קיימת בגופו מחלה, מה טיבה ומה הטיפול הרצוי והמתאים לה.
 - 1.5 **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** - בדיקות המבוצעות למבוטח במסגרת השירותים הניתנים בתכנית שירות זו כחלק מתהליך האבחון, כגון בדיקה פיזיקלית, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, למעט הבדיקות המוחרגות בסעיף 4 להלן.
 - 1.6 **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המבוטח לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים על פי תכנית שירות זו. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המבוטח ישירות לנותן השירות.
 - 1.7 **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה בת 90 יום מיום כניסתה לתוקף של תכנית שירות זו.
2. **זכאות לשירות:**

המבוטח יהיה זכאי לתהליך אבחון המפורט בסעיף 3, כאשר החל תהליך אבחון בשל מצבו הרפואי שהחל אבחון אך טרם נקבעה אבחנה רפואית במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה.

השירות אינו מיועד למקרה חירום רפואי.

מובהר בזאת, כי השירותים המפורטים בתכנית שירות זו יינתנו בישראל בלבד ובכפוף לכך שנותן השירות והמבוטח שוהים בישראל בעת קבלת השירות.
3. **שירותי האבחון:**

המבוטח זכאי לתהליך אבחון שיבוצע על ידי **נותן השירות בלבד**, אשר כולל את השלבים והבדיקות הבאים, בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 4 להלן:
- 3.1 **האבחון הראשוני:**
 - 3.1.1 בגין תהליך אבחון ראשוני ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 170 ₪
 - 3.1.2 אבחון זה כולל: בדיקה פיזיקלית; בדיקות אבחנתיות ראשוניות, כגון: בדיקות דם, שתן, צואה.

3.1.3 בסיום תהליך האבחון הראשוני יימסר למבוטח דו"ח אבחון ראשוני + המלצות להמשך טיפול.

3.2 האבחון המורחב:

3.2.1 בגין תהליך אבחון מורחב ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 600 ₪ (יובהר, כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת מעבר ל-600 ₪ וסך זה יכלול גם את ההשתתפות העצמית שנגבתה בגין שירות האבחון הראשוני במצטבר).

3.2.2 אבחון זה כולל:

- הדמיה באמצעות אולטרא סאונד
- הדמיה באמצעות MRI
- הדמיה באמצעות MRA
- הדמיה באמצעות CT (למעט בדיקת PET CT שלא תכוסה).
- הדמיה באמצעות מיפויים

3.3 פגישת סיכום עם המבוטח בהשתתפות רופא ו/או רופא מומחה ובכלל זה:

- הסברת הממצאים, האבחנה, המלצות לטיפול
- מתן דו"ח מסכם

4. תהליך האבחון:

4.1 בעת הזכאות לשירותים, השירותים יינתנו בהתאם לשלבים ולתנאים המפורטים להלן ובכפוף לקביעת צוות הרופאים מטעם נותן השירות:

4.1.1 פנייה למוקד שירות - מבוטח הנזקק לתהליך אבחון על פי תכנית שירות זו יפנה למוקד השירות מטעם נותן השירות, יזדהה בשמו, כתובתו ומספר תעודת הזהות שלו, ויסיפק פרטים נוספים כפי שיידרש. לאחר אישור זכאותו של הפונה לכיסוי הביטוחי, יקבל נציג השירות מן המבוטח בפקס או בדואר אלקטרוני חומר רפואי עדכני (באם קיים) הרלבנטי למקרה הרפואי. נציג השירות יעביר את החומר הרפואי לרופא בתחום ההתמחות הרלבנטי לפנייה. יובהר כי לא יתבצע תהליך אבחון ולא יינתנו שירותים על פי תכנית שירות זו ללא תאום מראש עם מוקד השירות.

4.1.2 שיחה טלפונית מקדימה עם רופא – לאחר קבלת החומר הרפואי, ובתוך 6 שעות מעת קבלתו, רופא מטעם נותן השירות ייצור קשר טלפוני עם המבוטח לשיחה ראשונית. במהלך השיחה יעדכן הרופא את המבוטח לגבי הנחיות מיוחדות לבדיקות הנדרשות במועד האבחון הראשוני (כגון צום, שתייה, טיפול תרופתי מקדים וכדומה). לאחר השיחה הטלפונית המקדימה עם הרופא יתאם נציג השירות מועד לביצוע הליך אבחון ראשוני בתוך 24 שעות מהפנייה הראשונית למוקד השירות. מובהר כי פניות שיתקבלו ביום חמישי או בערב חג יטופלו ביום העבודה העוקב.

4.1.3 הליך אבחון ראשוני - מבוטח אשר זומן על ידי נותן השירות לביצוע תהליך אבחון יגיע להליך האבחון הראשוני במקום ובמועד שנמסרו לו על ידי נציג השירות ויביא עמו את כל המסמכים הרפואיים הרלבנטיים שברשותו. במסגרת הליך האבחון ייחא המבוטח זכאי לבדיקה פיזיקלית ראשונית על ידי רופא אשר יקבע, על פי הצורך ועל פי שיקול דעתו הבלעדי, מהן הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון מתוך הרשימה שלהלן: דם, שתן, צואה. בדיקות אלו יבוצעו באותו היום ולאחר הבדיקה הפיזיקלית הראשונית.

- 4.1.4 **לאחר** ביצוע הבדיקות יחזור המבוטח לרופא לפגישת סיכום שבסימום יימסר למבוטח דו"ח אבחון הכולל את תוצאות הליך האבחון הראשוני והמלצות להמשך טיפול. **במידת הצורך ועל פי שיקול דעת הרופא, יופנה המבוטח להליך אבחון מורחב כמפורט בסעיף 4.1.5 להלן.**
- 4.1.5 **הליך אבחון מורחב** – הליך האבחון המורחב יכלול בדיקות נוספות כגון: אולטרא סאונד MRI, MRA, CT, מיפוי, ביופסיות ובדיקות פולשניות אחרות. הליך האבחון המורחב יתבצע בתוך **3 ימי עבודה מיום סיום הליך האבחון הראשוני**. בהליך האבחון המורחב יתקיימו התייעצויות רפואיות של מספר מומחים בהתאם לצורך.
- 4.1.6 **פגישת סיכום לאבחון המורחב** - בסיום הליך האבחון המורחב, תתקיים **פגישת סיכום** עם הרופא שבמהלכה יוסברו למבוטח הממצאים, האבחנה, ההמלצות לטיפול וכן יונתן דוח מסכם. פגישת הסיכום תתבצע בתום קבלת כל תוצאות הבדיקות שנערכו. **בכל מקרה, התקופה לפגישת הסיכום לא תעלה על 4 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת**. באם פרק הזמן ממועד סיום הבדיקה של האבחון המורחב ועד לקבלת התשובות הסופיות של הבדיקות השונות יעלה על שבוע ימים תתקיים **פגישת ביניים** בתום שבוע ימי עבודה ממועד עריכת הבדיקה האחרונה.
- 4.1.7 **מובהר כי פעילות שירותי אבחון לא תתקיים בשבתות, בחגים, בערבי שבת ו/או בערבי חגים.**
- 4.1.8 בתום תהליך האבחון יספק נותן השירות למבוטח העתקים של תוצאות הבדיקות הרפואיות האבחנתיות והרשומות הרפואיות שנערכו במסגרת תהליך האבחון. תוצאות בדיקות ההדמיה יסופקו למבוטח על גבי מדיה ממוחשבת.
3. **במקרה של אבחנת מחלה נוספת** – במקרה שבתהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה אחרת נוספת לזו שבגינה פנה המבוטח לקבלת השירות, יבצע נותן השירות תהליך אבחון מקיף אף לבעיה הנוספת שהתגלתה, וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת פנייה זו ייחשבו כחלק מתהליך האבחון לכל דבר ועניין.
4. **תהליך אבחון עבור מבוטח מתחת גיל 14**
במקרה בו המבוטח מתחת לגיל 14, תהליך האבחון המפורט בסעיפים 3 ו-4 לתכנית שירות זו על כל שלביו לא יתקיימו, אלא הוא יהיה זכאי לבצע אצל נותן השירות את בדיקות האבחנה המפורטות בתכנית שירות זו והרלוונטיות למצבו בהתאם ללוחות הזמנים המפורטים בסעיף 4.1.5, בכפוף לכך שהמבוטח יציג הפנייה מרופא מומחה מטעמו לביצוע הבדיקות, ובכפוף לאישור רופא מטעם נותן השירות לביצוע הבדיקות.
- 4.4 **המשך מתן טיפול רפואי לאחר סיום תהליך האבחון:**
 במקרה בו בתום תהליך האבחון המכוסה במסגרת **תכנית שירות זו** עלה צורך להתערבות טיפולית כירורגית ו/או נדרש המשך טיפול על ידי ביופסיות ו/או בדיקות פולשניות אחרות, זכאי המבוטח, במידת האפשר, להמשיך את הטיפול אצל נותן השירות. מובהר כי במקרה בו יחליט המבוטח להמשיך את הטיפול אצל נותן השירות, **המשך הטיפול לא יכוסה במסגרת תכנית זו.**
5. **התחייבויות המבוטח:**
- 5.1 הזכות לקבלת השירות על פי תכנית זה הנה אישית ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר. קבלת השירות מותנית בהצגת תעודה מזהה.

5.2 במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את פנייתו לקבלת אחד השירותים נשוא תכנית שירות זו, יודיע על כך המבוטח לנותן השירות/ לרופא מטעם נותן השירות/ לכל גוף המבצע בדיקה תחת תכנית שירות זו על ביטול פנייתו.

5.3 המבוטח יודיע למוקד השירות על כל שינוי בפרטי הקשר שלו, לרבות, כתובתו ומספר הטלפון של ביתו, וכן על כל שינוי הקשור לאחד מבני המשפחה המבוטחים.

התחייבויות נותן השירות:

6. מובהר כי כל השירותים המפורטים בתכנית שירות זו יינתנו אצל נותן השירות ו/או מי מטעמו ובמתקני השירות של נותן השירות ו/או מי מטעמו.

6.1 השירותים הרפואיים הנכללים במסגרת תכנית שירות זו יסופקו על פי קביעת צוות הרופאים מטעם נותן השירות, בכפוף וכמפורט בתנאי התכנית.

6.2 חרף האמור לעיל, במקרה בו קבע הרופא כי אין צורך בביצוע בדיקה/ות מכוח תכנית שירות זו והמבוטח דרש לבצעה על פי תכנית שירות זו, יפנה נותן השירות את המבוטח לקבלת חוות דעת שנייה מטעם רופא אחר אצל נותן השירות ביחס לבדיקה/ות אשר התבקשו על ידי המבוטח.

6.3 נותן השירות יפעל, בכפוף לאילוצים ושיקולים רפואיים, לרכז את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות במסגרת הליך האבחון, במספר ימים מצומצם כמפורט בתכנית. נותן השירות יפעל לביצוע בדיקות שאינן מחייבות הכנה מוקדמת (צום, נטילת תרופות וכיוצ"ב) במסגרת יום אחד, בכפוף לאילוצים רפואיים. בדיקות המחייבות הכנה מוקדמת יבוצעו במועד שיקבע בין נותן השירות למבוטח ובכל מקרה בכפוף ללוחות הזמנים שנקבעו בתכנית.

התחייבות המבטח:

7.1 השירותים במסגרת תכנית שירות זו יינתן על ידי גורמים מקצועיים מתאימים ורלוונטיים.

7.2 תתקיים תקשורת יעילה וזמינה בין המבטח ונותן השירות ולבין המבוטח כמפורט בתכנית שירות זו.

חריגים:

8. בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה תת פרק זה – אבחון רפואי מהיר מחריג מכיסוי את המקרים האלה:

8.1 הוצאות שהוציא מבוטח עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בתכנית שירות זו.

8.2 בדיקות פולשניות ו/או התערבות כירורגית.

8.3 בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שיגרה ו/או בדיקות מעקב שאינן עקב מצב רפואי פעיל של המבוטח, למעט הבדיקות המפורטות בתכנית שירות זו.

8.4 אבחון ו/או בדיקות רפואיות ו/או התייעצויות לצורך מניעת מחלה, למעט שירותים הנקובים במפורש בתכנית שירות זו.

8.5 טיפול רפואי או טיפול תרופתי מכל סוג שהוא.

8.6 אבחון ו/או בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להריון ו/או לידה, אי פוריות, אין אונות, עיקור מרצון.

- 8.7 אבחון ו/או בדיקות רפואיות בתחום רפואת עיניים לרבות בדיקות ראייה (אופטומטריה).
- 8.8 אבחון ו/או בדיקות רפואיות בתחום גנטיקה וגנומיקה.
- 8.9 אבחון ו/או בדיקות פסיכיאטריות ו/או הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.
- 8.10 אבחון ו/או בדיקות הפרעות קשב וריכוז לקיוות למידה, הפרעות קוגניטיביות.
- 8.11 אבחון ו/או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה, לרבות רפואת פה ולסת.
- 8.12 אבחון ו/או בדיקות בנושא תסמונת הכשל החיסוני (איידס), למי שאינו נשא או חולה במחלה.
- 8.13 אבחון ו/או בדיקות הקשורים באופן ישיר או עקיף למטרות יופי, קוסמטיקה או אסתטיקה, הפחתת משקל ודיאטה, כדוגמת: ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, ניתוחי GASTROPLASTY (בריאתרי) ו/או אבחון ו/או בדיקות הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל למיניהם.
- 8.14 בדיקות שאינן מוכרות על ידי מדע הרפואה ו/או בדיקות המבוססות על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או בדיקות למטרות מחקר.
- 8.15 אבחון ו/או בדיקות בתחום הרפואה האלטרנטיבית, לרבות שירותים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה ושירותים לא קונבנציונאליים.
- 8.16 אבחון ו/או בדיקות לצורך התאמה או תחזוקה שוטפת של אביזרי עזר רפואיים לרבות: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.
- 8.17 אבחון ו/או בדיקות באמצעות בדיקת CT PET.
- כמו כן, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לשירותים על פי תת פרק זה אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחד או יותר מהמקרים הבאים:
- 8.18 אלוהוליסם ו/או צריכת אלכוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פראיון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רפוא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.
- 8.19 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפשי מסוג פזיזות ו/או אי-כפתיזות.
- 8.20 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 8.21 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבטח כספורטאי באופן מקצועי ואשר שכר בצידה ו/או מימון על ידי איגוד ספורט או השתתפות בתחרויות ספורטיביות הכוללות ריצת מרתון, רכיבת אופניים מעל 100 ק"מ, טריאתלון, דואתלון, שחייה מעל 3 ק"מ, תחרויות איש ברזל ודומיהן.

- 8.22 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 8.23 גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, דאייה, סקי וצלילה לעומק העולה על 30 מ'.
- 8.24 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.
- 8.25 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של פעולה מלחמתית, צבאית, למעט פעולות איבה של ארגוני טרור.
- 8.26 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרתית, הפיכה, מרד ופרעות.

9. תוקפו של תת פרק זה:

- 9.1 על אף האמור בתנאי הביטוח שבתנאים הכלליים, החברה רשאית לבטל את תת פרק זה (תכנית שירות) לכלל המבוטחים בהודעה בכתב, גם במקרה של סיום ההתקשרות של המבוטח עם נותן השירות, אם המבוטח לא הגיע להסדר עם נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור הממונה.
- 9.2 להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של תת פרק זה (תכנית השירות), ביטולו או סיום תוקפו ("מועד הסיום"), מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המבוטח לקבלת השירותים על פי תת פרק זה. יובהר כי אם פנה המבוטח לקבלת שירותים טרם מועד הסיום של תת פרק זה, יהיה המבוטח זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה.

10. השתתפות עצמית:

- 10.1 המבוטח ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 3 לעיל עבור כל תהליך האבחון.
- 10.2 במקרה של אי תשלום ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח, רשאי נותן השירות שלא ליתן את השירותים למבוטח, ובלבד שניתנה הודעה על כך למבוטח ולמבטחת.

דף רשימה

תקופת הביטוח: 01/04/2025 – 31/03/2030.
מדד בסיס: מדד חודש אפריל 2025 שפורסם ביום 15/03/2025 14275 נק'
הפרמיות בטבלאות צמודות למדד מחירים לצרכן

עבור עובדים/ת ובני משפחותיהם:

סוג מבטוח	פרמיה חודשית עבור חבילת כיסויים הכוללת ניתוחים מסלול שב"ן
עובד/ת	114.21 ₪ במימון המעסיק. העובד יישא בעלות שווי המס בלבד
בן/בת זוג של עובד/ת ילד בוגר מגיל 25	129.78 ₪
ילד עד גיל 25 (*)	46.72 ₪

(*) קיימת הטבה של ילד רביעי ואילך חינם – ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד לפחות ושלושה ילדים מאותה משפחה. הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח ובמקרה בו אחד או יותר מילדים, הפך לבגיר (מעל גיל 25), יעודכנו דמי הביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש.

עבור גמלאים/יות (מגיל 60 ומעלה), ובני משפחותיהם:

סוג מבטוח	פרמיה חודשית עבור חבילת כיסויים הכוללת ניתוחים מסלול שב"ן
גמלאי/ת בן/בת זוג של גמלאי/ת ילד בוגר של גמלאי מגיל 25	218.03 ש"ח
ילד של גמלאי עד גיל 25	56.07 ש"ח

יובהר כי הזכאות של בני המשפחה להמשיך את הביטוח במסגרת הפוליסה הקבוצתית מותנית בביטוחו של הגמלאי (העובד שפרש).

עבור גמלאים/יות (מגיל 60 ומעלה), ובני משפחותיהם עם ותק(*) עבודה באמדוקס מעל 20 שנים:

סוג מבטוח	פרמיה חודשית עבור חבילת כיסויים הכוללת ניתוחים מסלול שב"ן
גמלאי/ת	114.21 ש"ח
בן/בת זוג ילד בוגר מגיל 25	129.78 ₪
ילד עד גיל 25	46.72 ₪

(*) הטבת תעריף ותק 20 שנים ניתנת אך ורק למבטוחים אשר עבדו באמדוקס ישראל במשך 20 שנים. למען הסר ספק, תקופות רילוקיישן אינן נמנות לשנות הותק. עובדים אשר נקלטו באמדוקס ישראל כתוצאה מרכישת חברות מניין שנות העבודה בחברה הנרכשת יספרו למניין צבירת שנות הותק לצורך הטבה זו. ההטבה חלה גם עבור בני משפחת העובד אשר היו מבטוחים עמו בביטוח. יובהר כי הזכאות של בני המשפחה להמשיך את הביטוח במסגרת הפוליסה הקבוצתית מותנית בביטוחו של הגמלאי (העובד שפרש).

לפרטים נוספים, ניתן לפנות למבטח סימון:

שירות לקוחות: 08:30-16:00

טלפון: 03-7966940

להצטרפות: hmvs@mvs.co.il

להגשת תביעה: thmvs@mvs.co.il

אתר הברואות והגשת תביעה אונליין:

www.mvs.co.il/health סיסמה: itsmylife

מנהלי ומנהלות התיק:

ערן חן: 052-7740019, eranc@mvs.co.il

טלי מלכה: 050-8490049, talim@mvs.co.il

כוכי דיין: 050-3371002, kochyd@mvs.co.il

**במקרה של תביעה, בירורים ושאלות,
ניתן לפנות למוקד fnx4**

*3455

03-7332222