

ביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי חבר משרתי הקבע
וגמלאים
ובני משפחותיהם

עמיתות ועמיתים יקרים,

אני מתכבדת לבשר שבסיומו של תהליך איכותי ומורכב שערכנו, ולאחר מיפוי הצרכים, הרחבנו את פוליסת הבריאות המשפחתית, השמה את הדגש על הבריאות שלכם ושל בני משפחותיכם בהווה ובעתיד ומציעה מגוון רחב של שירותים ומוצרים בתחום זה.

הפוליסה החדשה מכילה שיפורים משמעותיים, ובהם זכאות לתרופות שאינן כלולות בסל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, טיפולי פוריות ושימורה, פונדקאות ועוד. כל אלה – בהתאמה אישית לסטטוס ולרקע הרפואיים שלכם, ובתנאים אטרקטיביים. השיפורים תקפים גם למחזיקי הפוליסה כיום וגם למצטרפים חדשים – עמיתים, בנות ובני זוג וילדים – ללא כל תוספת תשלום.

אנו ב"חבר" פועלים מתוך תחושת אחריות ומחויבות ולכן עמלים כל העת להרחיב, לשפר ולשדרג את השירותים הקיימים ואף לרקום שותפויות חדשות למוצרים שייטיבו עמכם, בדגש על החברות המקצועיות בתחומן. אנחנו דואגים להציע ביטוח רפואי רחב ואמין, שיהיה שם בשבילכם בעת הצורך, במטרה לספק לכם ולקרובים אליכם תחושת ביטחון והגנה.

תמיד לשירותכם,



אדוה פישור

מנכ"לית "חבר"

תוכן עניינים

3-22	גילוי נאות
	פרקי הפוליסה:
23-46	פרק א' – הוראות ותנאים כללים לביטוח "חבר" בריאות
47-52	פרק ב' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
53-57	פרק ג' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
	פרק ד' – ניתוחים:
58-61	<u>פרק ד' 1 - מסלול עבור עמיתים משרתי קבע – ניתוחים</u> פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית
62-66	<u>פרק ד' 2 - מסלול עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם</u> <u>ובני המשפחות של עמיתים משרתי הקבע</u> - ביטוח לניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית ו/או שילוב שירותי השב"ן עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם
67-69	פרק ה' 1 - ניתוחים בחו"ל
70	פרק ה' 2 – טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
71-80	פרק ו' - שירותים רפואיים נוספים – שירותים אמבולטוריים
81-86	פרק ז' - שיפוי למחלות קשות
87	דף רשימה

תמצית תנאי הביטוח – לעמיתי "חבר" ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעמיתי "חבר" ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	"חבר" משרתי הקבע והגמלאים בע"מ
סוג הביטוח	השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. ניתוחים: <u>מסלול 1'</u> – עבור עמיתים משרתי קבע – ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית. <u>מסלול 2'</u> – עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם ובני המשפחות של עמיתים משרתי הקבע - ביטוח לניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית ו/או שילוב שירותי השב"ן עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם. ניתוחים בחו"ל. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. שירותים רפואיים נוספים – אמבולטורי. שיפוי למחלות קשות.
תקופת הביטוח	01/01/2023 – 31/12/2027 (סעיף 2.3.1)
תיאור הביטוח	פרק א' – הוראות ותנאים כללים לביטוח "חבר" בריאות. פרק ב' – השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל. פרק ג' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. פרק ד' – ניתוחים: פרק ד'1' – מסלול עבור עמיתים משרתי קבע – ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית. פרק ד'2' – מסלול עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם ובני המשפחות של עמיתים משרתי הקבע - ביטוח לניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית ו/או שילוב שירותי השב"ן עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם. פרק ה'1' – ניתוחים בחו"ל. פרק ה'2' – טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. פרק ו' – שירותים רפואיים נוספים - שירותים אמבולטוריים. פרק ז' – שיפוי למחלות קשות.

תמצית פרטי הפוליסה	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה) כמפורט בס' 3, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: תרופות (ס' 6), ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית עבור עמיתים משרתי קבע (ס' 5), ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי שב"ן עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם ובני משפחות של עמיתים משרתי קבע (ס' 5), ניתוחים בחו"ל (ס' 6), טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (ס' 4), רפואה משלימה (ס' 3.4.4), אביזרים רפואיים (ס' 3.5.2), שיפוי מחלות קשות (ס' 3).	
גובה הפיצוי הכספי שאקבל פרק השתלות (ר' סע' 4.1.3, 4.2.15). פרק שירותים אמבולטוריים (ר' 3.7, 3.9.1, 3.9.5, 3.9.6).	
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹ קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.	
השתתפות עצמית קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.	

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

תמצית פרטי הפוליסה			
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	שם הכיסוי	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים
	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל		+
	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות		+
	ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית	+	
	ניתוחים בחו"ל/ ומחליפי ניתוח בחו"ל		+
	שירותים אמבולטוריים		+
	שיפוי למחלות קשות		+
עלות הביטוח	מבטוח	גיל	פרמיה חודשית בש"ח
	עמית/ה קבע	18-25	₪ 60.00
		26-35	₪ 65.45
		36-45	₪ 65.45
		46-55	₪ 108.00
		+56	₪ 120.00
	ילדים עד גיל 25	0-25	₪ 35.50
	גמלאים ובני משפחתם, בני משפחה של משרתי הקבע, ילדים מעל גיל 25 ובהתאם לגילם (החל מפרמיה 18-25 ואילך)	18-25	₪ 81.80
		26-35	₪ 98.20
		36-45	₪ 98.20
		46-55	₪ 174.55
		56+	₪ 214.90
הפרמיה נקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 13317 נק' שפורסם ביום 15/12/2022 וכן בכפוף לסעיף התאמת הפרמיה המפורט בסעיף 14 לפוליסה ולשינוי באישורו של הממונה על שוק ההון. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- <u>כנס למחשבון מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.</u>			

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק ב' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות השתלה	ס' 4.1.1: השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או חלק מאיבר, הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של המבוטח או אדם אחר במקומם.	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. בתנאי כי תואם עם המבטח. לא תואמה השתלה עד 6,500,000 ₪	-
פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה- כיסוי ביטוחי למחלה קשה	ס' 4.1.3: מבטח הזכאי לתגמולי ביטוח בגין השתלה	זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 360,000 ₪ בתנאי שהוגשה תביעה טרם ביצוע ההשתלה.	-
טיפול מיוחד בחו"ל	ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות אחד מהתנאים המפורטים בס' 1.2	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. בתנאי כי תואם עם המבטח. לא תואם הניתוח עד 1,200,000 ₪	-
הוצאות הערכה רפואית	ס' 4.2.1: תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים בישראל ו/או בחו"ל.	-	-
הוצאות בגין טיפול רפואי	ס' 4.2.2: כיסוי בגין טיפול רפואי שניתן במסגרת אשפוז לצורך ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד.	-	-
הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה	ס' 4.2.3: שיפוי בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושלם, קיצרת האיבר המשותל	עבור איתור מח עצמות עד 500,000 ₪ למקרה ביטוח	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות שהות והוצאות אשפוז	ס' 4.2.4: כיסוי בגין שהות לפני השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל - ללא הגבלה ובנוסף תשלום עבור תקופת אשפוז עד 365 ימים.	-	-
הוצאות שימוש בלב מלכותי	ס' 4.2.5: כיסוי בעבור הוצאות שימוש בלב מלכותי עד לביצוע ההשתלה בהתאם להוצאות בפועל.	-	-
הוצאות צוות מנתח	ס' 4.2.6: כיסוי עלות הצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח בהתאם להוצאות בפועל.	-	-
הוצאות הטסת המבוטח ומלווה	ס' 4.2.7: כיסוי בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה למבוטח ולמלווה (מבוטח מתחת לגיל 18 זכאי לשיפוי ל-2 מלווים).	-	-
הוצאות הטסת רופא	ס' 4.2.8: עלות כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות. ותשלום עבור הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה.	-	-
הוצאות הטסה רפואית	כיסוי בגין הוצאות הטסה רפואית כשהמבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה	-	-
הוצאות העברה יבשתית	ס' 4.2.9: כיסוי הוצאות העברה יבשתית למבוטח ומלווה אחד, משגה התעופה לבית החולים ובחזרה.	-	-
הוצאות מגורים וכלכלה	ס' 4.2.10: כיסוי הוצאות מגורים וכלכלה סבירות למבוטח ומלווה אחד.	-	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות המשך טיפולים	ס' 4.2.11: הוצאות עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ולצורך בקרה עליהם.	-	-
הוצאות הטסת גופה	ס' 4.2.12: כיסוי עלויות הטסת גופת המבוטח במקרה של פטירת המבוטח חו"ח בחו"ל.	-	-
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	ס' 4.2.13: הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי מחו"ל לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה, עלות שכר מנתח ועלות הערוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד.	עד 131,000 ₪ למקרה ביטוח אחד	-
המשך טיפול תרופתי מיוחד בארץ	ס' 4.2.14: כיסוי להמשך טיפול תרופתי מיוחד בארץ לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד.	עד 109,200 ₪	-
גמלת החלמה לאחר השתלה	ס' 4.2.15.1: גמלת החלמה למעט השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית (אלא אם המבוטח נמצא במצב של אובדן כושר עבודה מוחלט).	7,200 ₪ לחודש, למשך 24 חודשים.	-
	ס' 4.2.15.2: נפטר המבוטח חו"ח, כתוצאה מביצוע ההשתלה במהלך תשלום הגמלה, יקבלו יורשיו החוקיים את יתרת תשלומי הגמלה בתשלום אחד.	-	-
הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל	ס' 4.2.16.1: הוצאות בדיקות רפואיות נלוות.	עד 100,000 ₪	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
	ס' 4.2.16.2: הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול	עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבטוח ומלווה אחד עד 40,000 ₪. במקרה של מבטוח קטין- 2 מלווים ועד 60,000 ₪. במקרה של טיסה במחלת עסקים עקב סיבה רפואית שיפוי עד לכפל הסכום.	-
	ס' 4.2.16.3: הוצאות הטסה מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית, אם המבטוח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה רגילה	עד 100,000 ₪	-
	ס' 4.2.16.4: הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול.	עד 1,000 ₪ ליום למבטוח ומלווה אחד. עד 1,500 ₪ לשני מלווים במקרה של קטין.	-

פרק ג' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
תרופות	התרופות הנכללות בסעיף: 2.1 תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת האחת מהמדינות המפורטות 2.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות 2.3 תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL 2.4 תרופת יתום	3,000,000 ₪ מתחדש כל שנתיים.	-	273 ₪ בגין כל מרשם עבור שני מרשמים לכל היותר. לא תחול השתתפות עצמית לתרופות לטיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 5,455 ₪.
	2.5 תרופות התאמה אישית	עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	-	
	2.6 תרופה לטיפול IND	עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	-	
	2.7 מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי.	עד 100,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	-	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	2.8 טיפול רפואי בקנאביס לטיפול במחלות או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות.	עד 1,000 ₪ לחודש ועד 20,000 ₪ לכל שנתיים. 2 התייעצויות עם רוקח בשנה ועד 600 ₪ לשנה.	-	100 ₪ בחודש
	2.9 בדיקה לאיפון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. ועד 60,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם	-	20%
	2.10 טיפול בטכנולוגיית CART	עד 300,000 ₪	-	
שירות/ טיפול נלווה למתן תרופה	ס' 5: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.	עד תקרה בגובה 250 ₪ ליום ועד 30 יום לכל מקרה ביטוח. או עד 5,500 ₪ לכל סדרת טיפולים.	-	-

פרק ד' 1- ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית של 2,154 ₪ עבור עמיתים משרתי קבע			
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 (1,200 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים ; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום- ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	
טיפול מחליף ניתוח			

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 ד' 2 – ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית של 2,154 ₪ או שילוב שירותי שב"ן עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם ובני משפחות של עמיתים משרתי קבע.				
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: 3. נותן שירות שבהסכם; 4. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (1,200 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים	
	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח		
	הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 2. 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 אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן). תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.				

פרק ה' – ניתוחים בחו"ל				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הניתוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הוצאות ניתוח	שיפוי להוצאות הניתוח בחו"ל כמפורט בסעיף 4	-	-	-
	ס' 5.1.1: שכר מנתח בבי"ח בהתאם להוצאות בפועל	-	-	-
	ס' 5.1.2: התייעצות לפני ניתוח אצל רופא מומחה שאינו מבצע את הניתוח	-	-	-
	ס' 5.1.3: התייעצות לפני ואחרי ניתוח עם המנתח אשר ביצע את הניתוח	-	-	-
	ס' 5.1.4: הוצאות חדר ניתוח	-	-	-
	ס' 5.1.5: שכר רופא מרדים בבית חולים, עבור התייעצות לפני ניתוח ועבור שירותו במהלך הניתוח.	-	-	-
	ס' 5.1.6: שהייה בבית חולים	-	-	-
	ס' 5.1.7: תרופות בעת אשפוז.	-	-	-
	ס' 5.1.8: בדיקות אבחון ומעבדה	-	-	-
	ס' 5.1.9: בדיקות פתולוגיות וחוות דעת פתולוגית ו/או חוות דעת רפואית שנייה	-	-	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	ס' 5.1.10: טיפולים פיזיותרפיים בעת אשפוז	-	-	-
	ס' 5.1.11: שימוש בשתלים במהלך ביצוע ניתוח	-	-	-
	ס' 5.1.12: שכר אחות פרטית בעת ניתוח ו/או למשך עד 10 ימים נוספים אחריו.	-	-	-
	ס' 5.1.13: הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח והחיוב בגינה נעשה ע"י בית החולים	-	-	-
הטסת רופא	ס' 5.2.1: שיפוי בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מישראל לארץ הטיפול ובחזרה	-	-	-
הטסה רפואית	ס' 5.2.2: שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר ניתוח	עד 87,300 ₪	-	-
הוצאות העברה יבשתית	ס' 5.2.3: כיסוי הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד.	-	-	-
הוצאות שהייה	ס' 5.2.4: כיסוי הוצאות שהייה למבוטח.	עד 87,300 ₪ ובכל מקרה לא יותר מ 873 ₪ ליום.	-	-
כיסוי להוצאות הטסת גופה	ס' 5.2.5: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.	-	-	-

פרק ה'2 – טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
שיפוי בגין טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	o'3:	טיפול שבוצע ע"י ספק שרות שבהסדר: לא תחול תקרת סכום שיפוי טיפול שבוצע ע"י ספק שרות שאינו בהסדר: תקרת השיפוי המרבית תהיה 150% מעלות הטיפול המשולמת לנותן שירות שבהסכם עבור ניתוח אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע בארץ.		

פרק ו' - שירותים אמבולטוריים				
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' 3.1: התייעצות עם רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבטח ודרכי טיפול אפשריות.	עד 800 ₪ להתייעצות ועד 4 התייעצויות בשנת ביטוח	6 חודשים	20%
חוות דעת נוספת בחו"ל	ס' 3.2: שיפוי עלויות של חוות דעת רפואית נוספת של מומחה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל.	עד 5,250 ₪ בכל תקופת הביטוח. קיים צורך בטיסת המבטח לחו"ל עקב מצבו הרפואי - כיסוי הוצאות טיסה 1,100 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.	-	20%
בדיקות רפואיות אבחנתיות	ס' 3.3: השתתפות בבדיקות אבחנתיות / מעבדה/ הדמיה וכל בדיקה אחרת הדרושה לטיפול/ אבחון/ מניעה ובכל טכנולוגיה שהיא.	עד 11,000 ₪ לשנת ביטוח. עבור בדיקות שעלותם מעל 150 ₪. במקרה שמבטח חלה במחלת הסרטן תהא התקרה 22,000 ₪ לשנת ביטוח.	3 חודשים	20%
	חוות דעת נוספת - רדילוג מומחה	מבטח שעבר בדיקת אבחון זכאי לשפוי עד 873 ₪ עבור חוות דעת נוספת	3 חודשים	20%
רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי	ס' 3.4: השתתפות עבור ייעוץ דיאטטי ושירותי רפואה משלימה המפורטים בסעיף.	עד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך שנת ביטוח. עד 131 ₪ לטיפול או התייעצות	6 חודשים	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
אביזרים רפואיים נוספים	ס' 3.5: אביזרים רפואיים כמפורט בסעיף.	עד 8,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. (עבור ילדים עד גיל 25, עבור כיסא גלגלים עד לסך 6,000 ₪ לכל תקופת הביטוח). עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים עד לסך 450 ₪. באמצעות ספק שירות.	6 חודשים	20%
מנוי למשרד קרדיולוגי	ס' 3.6: השתתפות עבור דמי מנוי לשירות משרד קרדיולוגי	עד 175 לחודש לתקופה מירבית בת 24 חודשים		20%
שמירת אחות ופיצוי באשפוז	ס' 3.7	עד 350 ₪ לכל יום עבור שירותי אחות לשמירה ו/או לטיפול במקרה של אשפוז רצוף החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולמשך 14 ימים. יינתן פיצוי חד פעמי בסך 1,100 ₪ למבוטח המאושפז מעל 7 ימים.	3 חודשים	20%
טיפולי שיקום-	3.8.1 טיפול פיזיותרפי/ הידרותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק (לא לאחר ניתוח)	עד 200 ₪ לטיפול ועד-20 טיפולים בשנת ביטוח.	-	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	3.8.1 טיפול פיזיותרפי/ הידרותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק (לאחר ניתוח מכוסה ע"י פוליסה זו)	עד 175 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים שיבוצעו בסמוך לניתוח		20%
	3.8.2 שיקום דיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק	עד 135 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.		20%
	3.8.3 : התעמלות שיקומית לאחר אירוע לב	עד לסכום 200 ₪ לחודש, ולתקופה של תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים.	6 חודשים	20%
	3.8.4: החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח	בוצע ניתוח חב פתוח, או ניתוח מוח, או ניתוח גב, או השתלה כמפורט בסעיף זכאי להחזר הוצאות עד 820 ₪ ליום החלמה ועד 14 ימים.		20%
כיסוי מיוחד לילדים	3.9.1: פיצוי בגין היעדרות מלימודים	פיצוי בסך 220 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה 21 להיעדרות ועד 360 יום.	3 חודשים	-
	3.9.2 בעיות הרטבה לילדים עם בעיות הרטבה מעל גיל 5	עד 880 ₪ לטיפול ועד 2 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח.	6 חודשים	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	3.9.3 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקויי למידה	עד 1,310 ₪ להוצאות אבחון אחת לתקופת ביטוח, לילדים עד גיל 18.	12 חודשים	20%
	3.9.4: טיפול בבעיות התפתחות בילדים	עד 131 ₪ לטיפול ועד 30 טיפולים לתקופת ביטוח לילדים עד גיל 18.	12 חודשים	40%
	3.9.5 פיצוי במקרה של אשפוז ילדו של מבוטח	275 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום השני לאשפוז ועד 14 ימים לילדים עד גיל 21.	-	-
	3.9.6: מאבק סרטן	פיצוי בסך 109,200 ₪ לילד מתחת לגיל 21 שחלה במחלת סרטן.	12 חודשים	-
	ס' 3.10.1: בדיקות הריון בכפוף לרשימת הבדיקות כמפורט בסעיף.	עד ל 4,400 ₪ להריון ו- 6,600 ₪ להריון רב עוברי.	9 חודשים	30%
	ס' 3.10.2: בדיקות גנטיות לשלילת מומים מולדים	עד ל 1,310 ₪ פעם אחת בתקופת הביטוח.	9 חודשים	30%
בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות	ס' 3.10.3: טיפולי ושרותי הפריה.	עד 30,000 ₪ לכל לידה במהלך תקופת הביטוח בארץ. כיסוי לטיפול הפריה בחו"ל עד 22,500 ₪. פונדקאות עד 30,000 ₪ שמירת זרע/ביציות מכל סיבה עד 30,000 ₪	9 חודשים	30%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
פינוי באמבולנס	ס' 3.11 השתתפות עבור העברה/ פינוי באמבולנס לבית החולים וממנו.	2 העברות בכל שנת ביטוח.	-	-
חיסונים	ס' 3.12: חיסונים עקב צאתו של המבוטח מהארץ לארצות חוץ אשר המבוטח מחויב לקבלם עפ"י הוראת משרד הבריאות.	עד 208 ₪ בגין כל נסיעה והחזר עד 2 נסיעות בשנת ביטוח.	-	40%
טיפולים פסיכולוגיים	ס' 3.13: השתתפות בהוצאות טיפולים פסיכולוגיים.	120 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.	6 חודשים	20%
טיפולים בכאב	ס' 3.14: שיפוי בגין הוצאות	עד 6,000 ₪ לשנת ביטוח עד 16 טיפולים לשנת ביטוח	6 חודשים	20%
חדר מלח	ס' 3.15: השתתפות בטיפולים בחדר מלח.	עד 1,500 ₪ לשנת ביטוח.	6 חודשים	20%
טיפול חיסוני (אימונותרפיה)- טיפולים להפחתת/ הסרת אלרגיה	ס' 3.16: השתתפות בטיפולים באלרגיה.	עד 5,000 ₪ לשלוש שנות ביטוח.	6 חודשים	20%
טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים	ס' 3.17: השתתפות בטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ.	עד 11,500 ₪ למקרה.		20%

פרק ז'- שיפוי למחלות קשות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
מחלות קשות	שיפוי עד לתקרת ההוצאות בגילוי אחת מן המחלות שלהלן: מחלת כבד סופנית (שחמת), אי ספיקת פולמינונית, השתלת כבד, מחלת ריאות חסימתית כרונית, תרדמת, יתר לחץ דם ראשוני, איבוד גפיים, טרשת נפוצה, תשישות נפש, פרקינסון, חירשות, עיוורון, פוליו, ניון שרירים מסוג ALS, שיתוק, שבץ מוחי, צפדת, אילמות אובדן דיבור, כוויות קשות, אוטם חריף בשריר הלב, ניתוחי מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, קרדיומיופטיה, ניתוח אבי העורקים, אי ספיקת כליות סופנית, השתלת איברים, סרטן, השתלת מח עצם ו/או תאי אב, אנמיה אפלסטית חמורה.	החזר בגובה של 53,200 ₪ לכל סך מקרי הביטוח ביחד.	90 יום	25%

- 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.

פוליסת בריאות קבוצתית לעמיתי "חבר" משרתי הקבע וגמלאים ובני משפחותיהם

פרק א' –הוראות ותנאים כללים לביטוח "חבר" בריאות

מוצהר ומוסכם בזאת כי תמורת התחייבות לתשלום דמי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבטח לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח - הכול בהתאם למחויבות המבטח על פי כל אחד מפרטי הביטוח, ובכפוף להסכם עם בעל הפוליסה, עבור סך כל מקרי ביטוח בכל פרק, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בכל פרק, או בסעיפים שבהם נקבע שיעור כזה.

1 הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידם:

1.1 הפוליסה

חוזת הביטוח שבין בעל הפוליסה בעבור המבוטחים לבין החברה וכל נספח או תוספת, המצורפים לו שתחילתה בתקופת הביטוח כמוגדר בסעיף 2.3 שלהלן. הפוליסה כוללת את הפרקים הבאים:

פרק ב' – השתלוח וטיפול מיוחדים בחו"ל

פרק ג' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

פרק ד' - ניתוחים:

פרק ד'1: מסלול עבור עמיתים משרתי קבע – ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית

פרק ד'2: מסלול עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם ובני המשפחות של עמיתים משרתי הקבע- ביטוח לניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית ו/או שילוב שירותי השב"ן עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם

פרק ה'1 - ניתוחים בחו"ל

פרק ה'2 – טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

פרק ו' - שירותים רפואיים נוספים – שירותים אמבולטוריים

פרק ז' - שיפוי למחלות קשות

1.2 אח/אחות - אח או אחות, לרבות אח או אחות צבאי, 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), ייחשב כאשפוז לכל דבר.

1.4 בדיקות רפואיות באבחנתיות - בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I), מיפוי PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידאו, בדיקה פתולוגית ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של

המבוטח למעט בדיקות העונות להגדרת ניתוח, כגון אך לא רק: ביופסיה, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, היסטרוסקופיה, לרבות לצורך מניעה, או לקביעת דרכי הטיפול בו, לרבות בדיקות גנטיות ובדיקות המבוצעות בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן. כל זאת בתנאי שהבדיקות מבוצעות בבתי חולים ו/או במכון רפואי מוסמך אשר אושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, לרבות אם הבדיקות נשלחו למעבדה בחו"ל לצורך פענוח.

מובהר כי בדיקות סקר תקופתיות לא יכוסו על פי סעיף זה.

1.5 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.

1.6 בית חולים - מוסד רפואי המוכר כבית חולים על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל בישראל או בחו"ל, ואשר ברישיונו היתר לבצע ניתוח או פעולה כנדרש על פי העניין, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.

1.7 1.7.1 בית חולים פרטי - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 1.6 לעיל, שאינו בבעלות המדינה, ו/או קופת חולים ו/או רשות עירונית. כמו כן "יחשב כבית חולים פרטי גם בית חולים ציבורי אשר במסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן), כולל בית חולים ציבורי בבעלות המדינה או קופת חולים, או כל גוף ציבורי אחר, אשר מבצע פעילות רפואית פרטית במסגרת מוסדרת, לרבות ומבלי למצות, בית חולים ציבורי, בית חולים פרטי, מרכז רפואי פרטי ומחלקות השר"פ/שר"ן בבית חולים ציבורי.

1.7.2 בית חולים ציבורי - מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.

1.8 בית חולים בהסכם - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.6 – 1.7 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח.

1.9 בן זוג - בן/בת זוגו של עמית "חבר", שהינו רשום כנשוי לו/לה במרשם האוכלוסין בישראל, לרבות "ידועה/בציבור" בכפוף להוראות כל דין ובלבד שהוצגה אסמכתא לכל 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 העמית המבוטח והידועה/בציבור לפיו הם מצהירים על חייהם המשותפים, מאומת ע"י עורך דין.

1.10 בעל הפוליסה - "חבר" משרתי הקבע והגמלאים בע"מ."

1.11 בקשת הצטרפות - בקשת הצטרפות של זכאי לביטוח כפי שיקבע בין המבטח לבין בעל הפוליסה.

- 1.12 דמי הביטוח (פרמיה) - הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בהסכם הביטוח.**
- 1.13 המבוטח - זכאי לביטוח, אשר הצטרף לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בסעיף 2 להלן.**
- 1.14 המבטח - הפניקס חברה לביטוח בע"מ.**
- 1.15 המוטב - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח.**
- 1.16 פוליסה קודמת - הכיסוי הביטוחי שתוקפו פג ביום היכנס פוליסה זו לתוקף, קרי- ביום 31.12.2022.**
- 1.17 הפוליסה - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה וכן כל תוספת לה בהסכמת הצדדים.**
- 1.18 השתתפות עצמית - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבטח הינם בעבור הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה בפוליסה.**
- 1.19 זכאי לביטוח - עמיתי חבר ובני משפחותיהם והכל לפי קביעתה הבלעדית של חבר. "בני משפחה" – בן זוג ו/או ילד של עמית חבר.**
- 1.20 חו"ל - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.**
- 1.21 חוק הביטוח - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.**
- 1.22 חוק הבריאות - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.**
- 1.23 טיפול ניסיוני - טיפול רפואי שאינו מאושר ע"י הרשות המוסמכת בישראל, או ע"י הרשות המוסמכת בארה"ב (F.D.A), או במדינות האיחוד האירופי - E.M.EA, קנדה או אוסטרליה או ניו-זילנד או יפן או נורווגיה או שווייץ או איסלנד (להלן "מדינות מוכרות"), לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. מובהר כי תרופה המוגדרת כ"תרופת יתום" ע"י E.M.E.A או F.D.A לא תחשב לטיפול ניסיוני. אישור הרשויות למתן טיפול רפואי לצורך מחקר או טיפול הדורש אישור ועדת הלסינקי "חשב כטיפול ניסיוני לעניין פוליסה זו.**
- 1.24 יום - 24 שעות ברצף.**
- 1.25 יום אשפוז - אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור לעיל, אשפוז למספר שעות לצורך ביצוע ניתוח ייחשב כיום אשפוז לעניין פוליסה זו.**
- 1.26 יועץ - יועצים לביטוחי בריאות וסיעוד, אשר נבחרו/ו ע"י בעל הפוליסה להעניק שירותי ייעוץ וליווי לבעל הפוליסה ולמבוטחים.**
- 1.27 ילדים - ילדי עמית ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק, שטרם מלאו להם 25 שנה או שמלאו להם 25 שנה.**
- 1.28 ישראל - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.**

- 1.29 מדד - מדד המחירים לצרכן בישראל, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה.**
מדד הבסיס/היסודי - המדד שפורסם ביום 15.12.2022
- 1.30 מועד קרות מקרה הביטוח -** הנו המועד בו בוצע הטיפול הרפואי הכלול בפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת בפרק הרלוונטי. כאשר מקרה הביטוח מוגדר כמצבו הרפואי המחייב או המצריך טיפול רפואי (כגון טיפול תרופתי), יהיה מועד קרות הביטוח המועד בו נקבע לראשונה ע"י רופא מטעם המבוטח, כי על פי אבחנה ו/או חו"ד רפואית ו/או המלצה מתועדת, מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול (להלן: "מועד האבחנה").
- 1.31 מוקד השירות -** מוקד ייחודי וייעודי שיקים המבטח ו/או כל גורם אחר שייקבע על ידי המבטח, לצורך מתן השירותים לפי פוליסה זו על פי הסכם הביטוח.
- 1.32 מידע רפואי -** כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
- 1.33 מעבדה -** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.34 מצב רפואי המצריך או המחייב טיפול הנזכר בהגדרת מקרה ביטוח -** מצבו הרפואי של המבוטח, שעל פי אבחנה ו/או חו"ד רפואית ו/או המלצה מתועדת והמצויה בתיקו הרפואי של החולה, על המבוטח לקבל את הטיפול הספציפי.
- 1.35 מקרה הביטוח -** מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.
- 1.36 משרת קבע/איש קבע/המשרת -** אדם המשרת בצה"ל לפי התחייבות לשירות קבע, לרבות משרתי חובה ו/או מילואים בתנאי קבע לפי קביעת בעל הפוליסה, ובלבד שקביעה זו אינה אישית. למען הסדר הטוב יודגש כי על משרת קבע/איש קבע/המשרת לקבל אישור שלטונות צה"ל בטרם קבלת שירות רפואי באופן פרטי. עקב כך ייתכן כי המשרת - המבוטח לא יוכל למצות את מלוא זכויותיו על פי תנאי פוליסה זו.
- 1.37 נותן שירות -** מי שמספק למבוטח שירותים הכלולים במסגרת פוליסה זו.
- 1.38 נותן שירות שבהסכם -** מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עימו קשור או יתקשר עם המבטח בהסכם בקשר לביטוח זה, לצורך מתן השירותים למבוטח.
- 1.39 סכום ביטוח מרבי -** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.
- 1.40 סל הבריאות -** סל שירותי הבריאות על פי סעיף 7 לחוק בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.41 עמיתי "חבר"**
כפי שייקבע מעת לעת בתקנון חבר, ובהתאם לתקנון דהיום, יכולים להיות עמיתים בין היתר הנמנים עם האוכלוסיות הבאות:
1. הנמנים עם הכוחות הסדירים של צה"ל על פי התנדבות בדרך של התחייבות לשירות קבע, לרבות חיילים המשרתים בתנאי קבע תקופה

- העולה במצטבר על 12 חודשים (להלן: "עמית משרת").
2. גמלאים, אשר הצטרפו כעמית חבר.
3. אלמנות ואלמנים, אשר הצטרפו כעמית חבר
- יובהר, כי הקביעה כי אדם הינו עמית נתונה לקביעתו הבלעדית של בעל הפוליסה, והוא יוכל לשנות את קביעותו מעת לעת ללא צורך באישור המבטח.**
- 1.42 קופת חולים -** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.43 רופא מומחה –** רופא אשר הוכר כמומחה על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי לפי העניין.
- 1.44 רופא מרדים -** רופא אשר הוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.45 שב"ן -** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות הניתנים על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, ו/או על ידי אישיות משפטית שהוקמה על ידי קופת חולים, ו/או על ידי חברת ביטוח ביחד ו/או בשם ו/או עבור קופת החולים, לרבות שירותי בריאות במסגרת תוכנית לשירותי בריאות נוספים כהגדרתה בחוק הבריאות ו/או בכל הסדר חוקי שיבוא במקומו.
- 1.46 שחרור -** סיום שירותו של משרת קבע שלא במסגרת פרישה לגמלאות.
- 1.47 שירותים -** טיפולים, בדיקות וכן כל שירות אחר לפי פוליסה זו, כמפורט עבור כל מקרה ביטוח, בין אם המדובר בשירות רפואי, ובין אם מדובר בשירות אחר (כגון ומבלי למצות: הטסה, הסעה, מגורים).
- 1.48 שנת ביטוח -** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח לפי פוליסה זו.
- 1.49 תאונה -** נזק גופני או נפשי בלתי צפוי מראש הנגרם על ידי גורם חיצוני אשר מהווה את הסיבה העיקרית לקרות מקרה הביטוח.
- 1.50 תאריך תחילת הביטוח -** עבור כל מבוטח, המועד בו ניתן אישור בעל הפוליסה והסכמת המבטח על הצטרפותו לביטוח.
- 1.51 תביעה -** פנייה מאת מבוטח או מאת בעל הפוליסה בשם המבוטח אל המבטח לתשלום עבור שירות לפי פוליסה זו, ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים כאמור בפוליסה זו.
- 1.52 תגמולי הביטוח -** סכומי הביטוח המגיעים למבוטח כמפורט בכל פרק.
- 1.53 תכנית שב"ן מוכרת -** מכבי זהב, מאוחדת עדיף, לאומית כסף, כללית מושלם או כל תכנית נרחבת יותר המוצעת על-ידי אותה קופת חולים.
- 1.54 תקופה אכשרה -** תקופת זמן רצופה, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או ביחס למקרה הביטוח.
- תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול

מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תחשב כתקופה רציפה אחת. **מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה.**

1.55 תרופה - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי אשר מטרתו לרפא או לטפל או להקל על הסימפטומים הרפואיים, שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומואופטיות או טיפולים מתחום הרפואה המשלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.

1.56 אמצעים טכנולוגיים אחרים- פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסת תלת מימד של איבר/ים להמחשה, ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס.

1.57 גיל ביטוחי - "גיל המבוטח כשהוא מעוגל לשנים שלמות. עיגול חלקי השנה יחושב באופן הבא: אם מיום השנה לביטוח (המחושב בתום כל שנה קלנדארית ממועד תחילת הביטוח) ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו פחות מששה חודשים (כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מעלה ואם מיום השנה לביטוח ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו למעלה מששה חודשים (לא כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מטה. גיל המבוטח בתכנית ביטוח, לצורך קביעת זכויותיו בתכנית, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח".

2. אופן הצטרפות ותוקף הביטוח

2.1 אופן הצטרפות ותחילת הביטוח

2.1.1 ההצטרפות לביטוח הינה רצונית (וולונטרית) בכפוף לבקשת הצטרפות מפורשת מטעם המבוטח ובכפוף לתנאי ההצטרפות מפורט להלן:

2.1.2 הצטרפות עמיתים משרתי קבע והגמלאים לפוליסה שהיו כלולים בהסכם ביטוח קודם

כל העמיתים משרתי הקבע והגמלאים שהיו מבוטחים על פי הפוליסה הקודמת אצל המבטח, יצורפו לביטוח זה עם שמירה על רצף ביטוחי, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה וללא לחריג מצב רפואי קודם.

למען הסר ספק מובהר כי ככל ומבוטח קיים לא השלים את תקופות האכשרה על פי הנקוב בפוליסה הקודמת ימשיכו לחול תקופות אלו בתקופת הביטוח על פוליסה זו.

2.1.3 הצטרפות בני משפחות עמיתים משרתי קבע והגמלאים לפוליסה שהיו כלולים בהסכם ביטוח קודם

הצטרפות בני משפחותיהם של עמיתי חבר משרתי קבע והגמלאים שהיו כלולים בפוליסה קודמת יצורפו לביטוח זה עם שמירה על רצף

ביטוחי, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה וללא לחריג מצב רפואי קודם

למען הסר ספק מובהר כי ככל ומבוטח קיים לא השלים את תקופות האכשרה על פי הנקוב בפוליסה הקודמת ימשיכו לחול תקופות אלו בתקופת הביטוח על פי פוליסה זו.

יובהר כי מבוטחים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם החרגות רפואיות יועברו באותם תנאים וההחרגה ו/או הסייג הרפואי, הקיים בגינם, ימשיך גם בתקופת הביטוח של הפוליסה וזאת למשך שנה בלבד ובתום שנה יבוטל.

הצטרפות משרתי קבע לפוליסה שלא היו כלולים בהסכם הביטוח הקודם

2.1.4

עמית קיים יוכל להצטרף לאחר שמילא טופס הצטרפות ללא הצהרת בריאות, ללא חיתום וללא תקופת אכשרה למעט תקופות האכשרה הנקובות בפרקים אם יצורף במהלך 90 ימים מיום חידוש הפוליסה.

לאחר מועד זה יוכל להצטרף לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.

גמלאים שלא היו כלולים בהסכם הביטוח הקודם יצורפו לביטוח בהתאם לאמור בסעיף 2.1.7

הצטרפות בני משפחה של משרתי קבע לפוליסה שלא היו כלולים בהסכם הביטוח הקודם

בני משפחה של עמית קיים שלא היו מבוטחים בהסכם הקודם, יוכלו להצטרף לאחר שמילאו טופס הצטרפות ללא הצהרת בריאות, ללא חיתום וללא תקופת אכשרה למעט תקופות האכשרה הנקובות בפרקים ובכפוף לחריג מצב רפואי קיים, אם יצורפו במהלך 90 ימים מיום חידוש הפוליסה.

לאחר מועד זה יוכלו להצטרף לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.

בני משפחה של גמלאים שלא היו כלולים בהסכם הביטוח הקודם יצורפו לביטוח בהתאם לאמור בסעיף 2.1.7

הצטרפות משרתי קבע חדשים ובני משפחותיהם

2.1.5

משרתי קבע חדשים שהחלו את שירות הקבע לאחר מועד תחילת ההסכם, ואשר יבקשו להצטרף בתוך 180 ימים מתחילת שירות הקבע, יצורפו לביטוח הם ובני משפחותיהם (ובן/בת זוג וילדים עד גיל 25 שנה) בכפוף למילוי טופס בקשה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא חיתום וללא תקופת אכשרה למעט תקופות האכשרה הנקובות בפרקים ובכפוף לחריג מצב רפואי קיים לגבי בני משפחותיהם.

2.1.6 הצטרפות משרתי קבע שחלפו 180 ימים מיום התחלת שירות הקבע ובני משפחותיהם

ההצטרפות למבוטחים אלו תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, הליך חיתום וקבלת אישור מהמבטח על תנאי קבלתם לביטוח.

2.1.7 גמלאים קיימים (שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת) /חדשים ובני משפחותיהם

ההצטרפות למבוטחים אלו תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, הליך חיתום וקבלת אישור מהמבטח על תנאי קבלתם לביטוח

2.1.8 הצטרפות בן משפחה חדש של משרתים חדשים

בני/ בנות זוג שנישאו למשרת קבע לאחר מועד תחילת ההסכם, ו/ או ילדי בני הזוג החדשים שגילם עד 25 שנה, אשר יבקשו להצטרף לביטוח בתוך 90 ימים ממועד הנישואין יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס בקשה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא חיתום וללא תקופת אכשרה, למעט תקופות אכשרה הנקובות בפרק האמבולטורי ובכפוף למצב רפואי קודם.

לאחר המועד הנ"ל ההצטרפות למבוטחים אלו תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, הליך חיתום וקבלת אישור מהמבטח לקבלתם לביטוח.

ילדים שגילם מעל גיל 25 שנה- יוכלו להצטרף לביטוח של פי הפוליסה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, הליך חיתום וקבלת אישור המבטח להצטרפות לביטוח. מועד תחילת הביטוח יהיה ב1 לחודש העוקב לקבלת אישור הצטרפות לביטוח מהמבטח.

2.1.9 צירוף תינוק לביטוח, צירוף ילד מאומץ:

2.1.9.1 תינוק של מבוטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 120 יום מיום היוולדו, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה אך בכפוף לחריג מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יהיה במועד היוולדו. בחלוף תקופה זו הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאי ו/או סייגיה. יובהר כי התשלום בגין התינוק ישולם למפרע מיום הולדתו.

2.1.9.2 ילד מאומץ אשר תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 120 יום מיום אימוצו, לא ידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה ובכפוף למצב רפואי קיים. תוקף הביטוח עבורו יהיה במועד בו הוכר כילדו של העובד על

פי חוק. לאחר המועד הנ"ל ההצטרפות למבוטחים אלו תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, הליך חיתום וקבלת אישור מהמבטח לקבלתם לביטוח.

2.1.9 זכאות במהלך שירות חובה

עם גיוסו של ילד של המבוטח לצה"ל יודיע המבוטח על כך לחברה בסמוך לגיוסו. במהלך שירות חובה, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי מסלול ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל מסלול השתתפות עצמית.

למען הסדר הטוב יודגש כי על חייל בשירות חובה לקבל אישור שלטונות צה"ל בטרם קבלת שירות רפואי באופן פרטי. עקב כך ייתכן כי המשרת - המבוטח לא יוכל למצות את מלוא זכויותיו על פי תנאי פוליסה זו.

2.1.10 פרישה של כל סוג מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר פרשו מביטוח זה מסיבה כלשהי וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח, מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח.

2.1.11 החל ממועד תחילת פוליסה זו מבוטחים חדשים יצורפו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות הקבועים לעיל, לפי המועד המאוחר מבין המועדים הבאים:

(1) עמית משרת קבע חדש - הראשון לחודש בחודש בו ננקב שמו של המבוטח החדש (משרת הקבע) ברשימת המבוטחים שהועברה על ידי בעל הפוליסה למבטח;

(2) גמלאים ובני משפחותיהם ובני משפחה של משרת קבע חדש בראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן הסכימה החברה לקבל את המבוטח החדש לביטוח.

2.2 תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח

2.2.1 אם ההצטרפות אינה כרוכה במילוי הצהרת הבריאות, תשובת המבטח לבקשת ההצטרפות תהיה בתוך 21 ימי עבודה.

2.2.2 אם ההצטרפות כרוכה במילוי הצהרת בריאות, המבטח ישיב על בקשת ההצטרפות לביטוח בתוך 30 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו במשרדי המבטח כל המסמכים שדרש על מנת לקבוע את החלטתו לגבי תנאי ההצטרפות. אם לא תינתן תשובת המבטח למבוטח במהלך תקופה זו, יחשב המבוטח כאילו אושרה הצטרפותו לביטוח ללא תנאי או סייג.

2.2.3 אם אישר המבטח את בקשת ההצטרפות, יודיע למבוטח בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח.

2.3	תוקף הביטוח
2.3.1	תקופת הביטוח הינה מיום 01.01.2023 - 31.12.2027. ותחודש לתקופת ביטוח נוספת של 60 חודשים בכפוף להסכמת הצדדים.
2.3.2	פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ- 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח לפי המוקדם.
2.4	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.
3.	<u>חריגים כלליים</u>
	המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
3.1	מקרה הביטוח לגבי מבוטח שגילו מעל 18 שנים נובע כתוצאה אלכוהוליות ו/או שימוש בסמים, למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראות רופא.
3.2	מקרה ביטוח שהוחרג במפורש ע"י המבטח במסגרת תנאי הקבלה לביטוח ונמסר למבוטח על כך מראש ובכתב.
3.3	טיפול רפואי או סדרה של טיפולים שבוצעו או החל בביצועם טרם מועד ההצטרפות לביטוח.
3.4	מקרה הביטוח אירע לפני מועד הצטרפות המבוטח לביטוח.
3.5	מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח.
3.6	לגבי כיסוי ביטוחי המקנה שיפוי, לא יכוסה מקרה הביטוח שנגרם תוך כדי שירותו של המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע, מהמועד בו הוכר כזכאי לשיפוי הוצאות רפואיות מאגף השיקום על פי חוק הנכים, ובתנאי שהמבוטח זכאי לשיפוי מלא מאגף השיקום בגין הטיפולים הכלולים בפוליסה זו במקרים בהם השיפוי חלקי, ישא המבטח ביתרת העלות ועד חבותו על פי כל פרק מובהר כי המבטח יישא במלוא חבותו על פי פוליסה זו במהלך התקופה טרם הוכרה זכאותו ע"י אגף השיקום, או במקרה ואגף השיקום לא השתתף בהוצאות הרפואיות להם זכאי המבוטח על פי פוליסה זו, ככל שזכאי להם.
3.7	מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
3.8	לידה לא תכוסה לידה למעט במקרים הבאים:
3.8.1	לידה בעת הפסקת הריון הנובע מצורך רפואי בהסתמך על חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטחת.
3.8.2	ניתוח קיסרי הנובע מצורך רפואי בהסתמך על חו"ד של רופא

מומחה מטעם המבוטחת.

3.8.3 ניתוחים או טיפולים הקשורים לסיבוכי הריון.

3.9 אחריות לטיב השירותים

המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.

4. סייג בשל מצב רפואי קודם – חל אך ורק על העונים על סעיפים – 2.1.3, 2.1.5, 2.1.8, 2.1.9

4.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שהגורם העיקרי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

1. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

2. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

4.2 לגבי מבטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות כתנאי להצטרפותם לביטוח, חריג או סייג למצב רפואי קודם יחול לגבי מצב רפואי שעליו המבוטח לא נשאל בטופס שאלון הרפואי, ובתנאי שהסייג כאמור יופיע בטופס ההצטרפות לביטוח.

4.3 סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי, בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה. הגדרה זו נוסחה באופן המיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות שקבע המפקח על הביטוח.

5. תביעות

מבלי לפגוע בזכויות המבוטח על פי פוליסה זו, על פי כל דין, המבוטח יודיע למבטח על מקרה הביטוח מהר ומוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר למבטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה. למען הסר ספק הודעה לסוכנות הביטוח אשר מונתה ע"י בעל הפוליסה לעניין ישוב התביעות על פי הפוליסה, הינה כהודעה למבטח לכל דבר ועניין. המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו, או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף לאמור להלן:

5.1 במקרי ביטוח השתלולים וטיפולים בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות וטיפולים שלא בסל הבריאות, יפנה המבוטח למבטח בכדי לקבל אישור לחבותו

על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח.

5.2 על אף האמור לעיל, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.

5.3 על אף האמור לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי כאמור טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובגובה חבות המבטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.

5.4 המבוטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית (אם נדרש לעשות כן), וימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, אישור מאת השב"ן לגבי זכאותו ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח ו/או ביכולתו להשיג אותם.

פרטים על אופן הגשת התביעה והמסמכים הנדרשים ניתן למצוא באתר הייעודי לחברי בעל הפוליסה.

5.5 המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

5.6 המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה לשם בדיקת אמיתות העובדות המשמשות יסוד לתביעה, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו בבדיקה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח ובלבד שהבדיקה אינה מסכנת את בריאותו של המבוטח, ו/או עלולה לגרום לו היזק רפואי ו/או אינה בדיקה פולשנית, ומקום ביצועה של הבדיקה יהיה במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח, ותוך התחשבות ככל הניתן במין הרופא מטעמי דת או צניעות. בדיקתו של המבוטח ע"י רופא המבטח אינה בכפוף לאישור מראש של יועץ הביטוח. **מובהר כי אין באמור בכדי לגרוע מזכויות המבוטח והמבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט.**

5.7 מובהר ומוצהר בזאת כי הוראות קופת החולים ו/או השב"ן לא יחולו על פוליסה זו.

6. תגמולי ביטוח

6.1 תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח

עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:

6.1.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא

המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית. כתב ההתחייבות יועבר לנותן השירות ו/או למבטח תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לצורך קביעת חבותו. במקרים דחופים, יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

6.1.2 השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם

למעט ביצוע ניתוח כמפורט בפרק הניתוחים (המוגבל לנותני שירותים בלבד) אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבטח כנגד קבלות על פי המפורט בסעיף 6.1.3 להלן. תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות המקוריות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, בכפוף לאישור התביעה.

6.1.3 הגשת קבלות למבטח

במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות ו/או העתק מסמכים באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, מסרון ובחשבון המקוון האישי של המבטח. למרות האמור לעיל, אם המבטח חויב למסור את המסמכים המקוריים גם לגורם אחר או אם מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג את המסמכים המקוריים, על המבטח להציג העתק מאושר של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

6.2 טיפולים רפואיים בחו"ל

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

6.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר

תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק פועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח, ובלבד שהתשלום הועבר לחשבון המבטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.

6.4 פטירת מבטח

נפטר מבטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה לעיזבנו של המבטח או ליורשיו, על פי צו קיום צוואה או על פי צו

ירושה.

6.5 המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.

6.6 עשה המבטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטח את בירור חבותו, לא יהיה המבטח חייב בתגמולי הביטוח.

7. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

7.1 בגין מקרה הביטוח הייתה למבטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.

7.2 קיבל המבטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.

7.3 בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבטח, ועל התגמולים אותם קיבל מאן המבטח.

7.4 המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

7.5 מובהר כי הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה בידי אדם שהינו קרוב של המבטח או מעבידו ו/או כלפי חיל הרפואה ו/או משרד הביטחון.

7.6 בכפוף לאמור בסעיף 3.6 לא תהיה למבטח זכות שיבוב כלפי כל גוף המעמיד שירותי רפואה למשרתי הקבע לרבות צה"ל, חיל הרפואה ומשרד הבטחון.

8. זכאות לתגמולי ביטוח במסגרת פוליסה אחרת (כפל ביטוח)

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

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

9. הצמדה

9.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבטח הכול לפי העניין, יהיו צמודים למדד.

9.2 חישוב הצמדה יעשה עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה

הביטוח, או על-ידי המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.

9.3 מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין, ובלבד שהתשלום נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים מהמועד הנקוב בה.

10. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המבטח

10.1 בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא, ובכפוף לכל דין. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.

ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.

10.2 המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח בכל עת. "בכתב" לעניין סעיף זה- באמצעות טופס ביטול ייעודי לכתובת החברה, או דרך אתר החברה www.fnx.co.il ("אתר החברה"), או באמצעות אתר המידע האישי, או בשיחה טלפונית מוקלטת למוקד השירות של החברה, או באמצעות שליחת טופס ייעודי באמצעות הפקס והכל כמפורט באתר החברה או באמצעות סוכנות הביטוח.

10.3 פיגור בתשלום דמי הביטוח, לא שולמו דמי הביטוח במועד, על ידי המבוטח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.

11. תום הביטוח ו/או הפסקתו

11.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי **המוקדם** מבין המועדים הבאים:

- 11.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.
 - 11.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים העמית את חברותו אצל בעל הפוליסה. מובהר כי במקרה הנ"ל הביטוח עבור העמית ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו סיים החבר את חברותו אצל בעל הפוליסה
 - 11.1.3 כל מבטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח את הביטוח, יתבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.
 - 11.1.4 לגבי בן/בת זוג וילדי בן/בת הזוג שאינם ילדי המשרת - היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטח בכתב על גירושיו.
- לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין

11.1.5 ביטול על ידי המבטח - ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 10.3 לפרק א' או במקרה של אי גילוי בהתאם להוראות 25 לפרק א'.

11.2 מובהר כי פוליסה זו לא תפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 11.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל פוליסה זו.

12.1 סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה

12.1.1 עמית שסיים את חברותו אצל בעל הפוליסה, יוכלו הוא ובני משפחתו, אשר היו מבטוחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת החברות, להמשיך בפוליסה זו במעמד מיוחד, במהלך תקופת הביטוח בה פסקה חברותו ועד לסיום תקופת הביטוח.

תנאי הביטוח שיחולו לגביהם הם התנאים שבפוליסה זו ודמי הביטוח שישולמו על ידם יהיו זהים לדמי הביטוח כאמור בדף הרשימה, ובתנאי כי הודיעו בכתב על רצונם להמשיך בפוליסה זו תוך 90 ימים ממועד הודעת החברה על זכאותם, כאמור לעיל, ובתנאי שהעבירו לחברה אמצעי גביה אישי.

יובהר כי מבטוחים על פי סעיף זה יהיו חלק בלתי נפרד ממבטוחי פוליסה זו לכל עניין ודבר.

ב/בת זוג של עמית בעל הפוליסה, המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין, במקרה בו העמית יגרע את בן/ת הזוג, או פטירה של העובד (חו"ח) יהיה זכאי להמשיך את הביטוח במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר, בתנאי שהיה מבטוח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו לפי העניין והמבטוח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו. ילד/ה של עמית בעל הפוליסה המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין, במקרה בו העמית יגרע את הילד/ה, או פטירה של העובד (חו"ח), יהיה זכאי להמשיך את הביטוח, בתנאי שהיה מבטוח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו והמבטוח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

12.1.2 במקרה ומכל סיבה שהיא לא יוארך הסכם הביטוח והפוליסה לא תחדש בחברה או בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבטוחים או חלק מהמבטוחים, יהיו רשאים המבטוחים או חלק מהמבטוחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם ואשר היו מבטוחים במסגרת

פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, להצטרף לביטוח פרטי של החברה על-פי בחירתם להלן: "הביטוח הפרטי"), ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות, ברצף ביטוחי ובריאותי ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בלבד בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר ותאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חישוב תקופת האכשרה וחריג מצב רפואי קודם ייחשב תאריך הכניסה לפוליסה הקבוצתית בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים חופפים. הכיסוי הביטוח יינתן בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה הוראותיה וסייגיה ותנאי הכיסוי הביטוחי עפ"י הפוליסה הקבוצתית יבטלו לכל דבר ועניין, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו. המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת ההמשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין. יובהר ויודגש כי תנאי פוליסת הביטוח הפרטית להלן: "הביטוח הפרטי" הינם דומים אך לא זהים לתנאי פוליסת ביטוח הבריאות הקבוצתית לעמית "חבר" וכי ייתכנו שינויים בכיסוי הביטוח ובפרמיה המשולמת במסגרת הפוליסה הפרטית ביחס להסדר הביטוח הקבוצתי.

12.1.3 המעבר לביטוח רפואי פרטי אצל המבטח יהיה ברצף ביטוחי מלא.

12.1.4 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 12.1.1 מתייחס לכיסוי ביטוח ועד לסכומי ביטוח הנכללים בפוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים ו/או יבקש להגדיל את סכומי הביטוח מעבר לאלו שבפוליסה זו, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

יובהר כי ילדים של עמית מעל גיל 25 לא יהיו זכאים למעבר ברצף לביטוח פרטי בחברה למעט מקרה המוגדר בסעיף 11.1.2 לעיל.

12.3 פטירתו של משרת הקבע

מובהר כי שאריו של משרת הקבע שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו ובתנאי שיסדירו את תשלומי הביטוח מול המבטח תוך 90 ימים מיום הפטירה של משרת הקבע.

12.4 מובהר בזאת כי המעבר לפוליסת פרט עשוי להיות כרוך בהעלאת דמי הביטוח.

12.5 זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד

משרת, בן/ת זוג וילדיו של משרת שיצא לחופשה ללא תשלום או לחופשת לידה (להלן: "חל"ת" או חל"ד), יהיו זכאים להמשיך את הביטוח למשך תקופת החופשה בתנאים הנהוגים לכלל המבוטחים ובתנאי שיסדירו את תשלומי הביטוח מול המבטח תוך 90 ימים מיום היציאה לחל"ת/חל"ד.

- 13. דמי הביטוח (הפרמיה)**
- 13.1** הפרמיה החדשית בשקלים חדשים עבור כל מבטוח הינה כמפורט בהסכם הביטוח והמופיעה ב "גילוי נאות" אשר מצורף לפוליסה זו ובדף הרשימה הפרמיה תהיה צמודה למדד אשר פורסם ב- 15.12.2022.
- 13.2** דמי הביטוח לכל מבטוח ישתנו במהלך תקופת הביטוח עפ"י גיל המבטוח, ובנוסף יוצמדו למדד מידי חודש. דמי הביטוח כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.
- 13.3** דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי וישולמו במישרין ע"י המבטוח.
- 14. התאמת דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח**
- בנוסף על האמור בסעיף 13 לעיל, דמי הביטוח עשויים להשתנות מעת לעת במהלך תקופת הביטוח בכפוף להסכם בין בעל הפוליסה והמבטוח.**
- 15. שינויים בפוליסה**
- 15.1** מבלי לגרוע מהאמור בסעיפים 17.1 ו 17.2, תנאי הפוליסה עשויים להשתנות מעת לעת במהלך תקופת הביטוח בכפוף להסכם בין בעל הפוליסה למבטוח.
- 15.2** בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטוח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.
- 15.3** לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטוח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.
- 16. גבול אחריות המבטוח מחוץ לגבולות מדינת ישראל**
- 16.1** חבות המבטוח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, למעט, השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל בהתאם להוראות הפוליסה והמבטוח בחר לבצעם בחו"ל. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.
- 16.2** מבטוח אשר יצא לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום לצורך קבלת טיפול רפואי למבטוח או לקרוב משפחתו, או לצורך שליחות במסגרת תפקידו בשירות הביטחון, או ללימודים לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור מקרה ביטוח שאירע בתקופה זו, ולשירותים רפואיים שיינתנו לו במהלך תקופה זו. עם חזרתו של המבטוח מחו"ל יהיה זכאי להצטרף לביטוח בשנית תוך 60 יום ממועד חזרתו ארצה, ברצף ביטוחי מלא ובכפוף לתשלום פרמיות
- במהלך השהות בחו"ל יהיה פטור המבטוח מתשלום דמי ביטוח לתקופה של עד 4 שנים בכפוף להצגת אישור על קבלת טיפול רפואי בחו"ל/אישור ממשד

הביטחון על קיום השליחות או אישור יציאה ללימודים.

17. גבייה מיסים והטלים

מובהר בזאת כי מיסים ממשלתיים ואחרים החלים ו/או יחולו עפ"י דין ישיר על המבטח בין אם בגין הפוליסה ובין אם לאו, ישולמו ע"י המבטח ללא זכות קיזוז מהמבטח או מבעל הפוליסה. עוד יובהר כי לא יהיה בהוראות סעיף זה כדי לשלול מן המבטח זכות, תרופה או סעד כלפי המבטח, להם יהיה זכאי לפי כל דין.

18. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. **הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבטח ממחלה או תאונה, תימנה תקופת התיישנות מיום שקמה למבטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.**

19. חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח התשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו.

20. הודעות

על המבטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו. הודעה שתשלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבטח, תחשב כהודעה שנמסרה למבטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין וזו האחרונה תחשב כהודעה שנמסרה למבטח כהלכה.

21. מקום שיפוט

מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך הקרוב למקום מגוריו של המבטח.

22. שונות

בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך.

23. יובהר כי ההסכם והפוליסה חלות באופן שוויוני גם על בני זוג מאותו המין.

24. הוראות מתוך תקנות לביטוח קבוצתי

24.1 צירוף מבטחים

(א) מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

1. במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד1(ג) לחוק עובדים זרים;

2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של

חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

(ב) האמור בסעיף (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי וסכום 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.

(ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

24.2 קביעת דמי ביטוח

(א) דמי ביטוח המשתלמים בעד סכום ביטוח מסוים או בעד תקרת תגמולי ביטוח מסוימת יהיה שווים לכל מבטח מקבוצת המבוטחים או יחושבו לפי גיל, מין או תבחין אחר הקשור לסיכון הביטוחי או לפי שילוב של תבחינים כאמור.

(ב) מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו

או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –

(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, במלואה או בחלקה או הרחבתה;

(3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

(4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

(5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

(ג) על אף האמור בתקנה זו, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

24.3 מתן מסמכים למבוטח

(א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי (א1) על אף האמור בתקנת משנה (א), חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד 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.

(ב) דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:

(1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;

(2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי

ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;

(3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח;

(4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלם נקבעה התוספת האמורה;

(5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולביטול זכויות וחובות לפי הפוליסה;

(6) פרטים נוספים שיוזרה עליהם המפקח.

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

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

24.4 מתן הודעות למבוטח

(א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבראות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 24.1 או בסעיף 24.2 (ב) תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 24.2 (ב)(2); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

(א1) 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.

(א2) 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 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.

(3א) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 24.2 (ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

24.5 ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 24.2 (ב) והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 24.2 או בסעיף 24.2 (ב) ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 24.2 (ב) (2); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף המוגדר כתקופת הביטוח פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך

90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

24.6 במקרה של סתירה בין הוראות פרק זה (תנאים כלליים) לבין הוראות כל פרק או נספח, או בין כל פרק או נספח אחד למשנהו, או אם תהיה אי בהירות לגבי הפירוש הנכון של הוראה כלשהי, יפורש הדבר לטובת המבוטח.

25 חובת גילוי:

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

25.2 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.

25.3 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.

25.4 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.

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

25.6 בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין היתר בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות ההסכם פוליסה והזמנה אלו, אך לא רק, אלא גם בין הוראות ההסכם ובפוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על העיקרון כי ההסכם הפוליסה והזמנה אלו באו להוסיף על תנאי ההסכם והפוליסה הקודמים, ולהטיב את תנאי המוטבים שהצטרפו ובעל הפוליסה. "להטיב" לפי דעתו של בעל הפוליסה.

פרק ב' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1.

הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפרק "הוראות ותנאים כללים לביטוח", יחולו על פרק זה הגדרות הנוספות שלהלן:

1.1 השתלה

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעיים וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שנלקחו מגופו של המבוטח, או מגופו של אדם אחר, ו/או של איבר אשר נלקח ממקור אחר במקומם, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ואו איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים אחרים כאמור בסעיף 1.56, או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי, אשר מקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד, הגדרת השתלה תכלול גם השתלת שחלה, רחם, קרנית, וכן תפעול באמצעות איבר מלאכותי. למעט השתלת שיער ושיניים.

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

1.2 טיפול מיוחד בחו"ל

שמתקיימים בהם אחד מהתנאים הבאים: לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל א סיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול המיוחד בארץ א הניסיון ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל א זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר או מהווה סיכון לחיי המבוטח ו/או להחמרה במצב הרפואי של המבוטח א אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח א לנכות צמיתה העולה על 75% על פי מבחני המל"ל א הטיפול נועד להצלת אובדן שמיעה באחת או שתי אוזניים או ראייה באחת או שתי עיניים א הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן או במחלות אוטואימוניות

1.3 שיעור הנכות

כפי שיקבעו על פי המבחנים עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15).

2.

מקרה הביטוח

2.1 השתלת איברים שבוצעה במהלך תרופת הביטוח ו/או תבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או צורך בבצועה נקבע/ נוצר במהלך תקופת הביטוח.

2.2 טיפול רפואי בחו"ל שבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או יבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

3. תנאי הביטוח

3.1 חבות המבטח לבצע טיפול מיוחד בחו"ל או השתלה מותנית בהתקיים כל

התנאים שלהלן:

- 3.1.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע את הצורך בביצוע השתלה או הטיפול המיוחד
- 3.1.2 ההשתלה או הטיפול המיוחד יבוצעו בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ
- 3.1.3 ההשתלה או הטיפול המיוחד אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.
- 3.1.4 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
- 3.1.5 מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

4 התחייבויות המבטח

4.1 סכום הביטוח במקרה של השתלה:

- 4.1.1 **מסלול שיפוי** - אם ההשתלה בוצעה בתאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 4.2 להלן (למען הסר ספק, תקרות הקבועות בסעיף 4.2 להלן, אם וככל שנקבעו, לא יחולו במקרה זה). לעניין סעיף זה "בתאום עם המבטח" - המבוטח הודיע למבטח על הצורך בביצוע השתלה, ומסר למבטח את שם וכתובת ביה"ח בחו"ל בו הוא מעוניין לבצע את ההשתלה, וכן פרטים נוספים הקשורים בניתוח ומצויים בידיעתו. ביצוע ההשתלה אושר מראש על ידי המבטח, וההתקשרות עם מתני השירות הרפואי, תאום הניתוח, והתשלום עבור ביצוע ההשתלה נעשו ישירות על ידי המבטח.
- 4.1.2 במקרה של ביצוע ההשתלה שבהסכם שלא תואם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד ל- 6,500,000 ₪ לכל השתלה, ובהתאם לאמור בסעיף 4.2 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם וככל שנקבעו. מובהר ומוסכם כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא שהמבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע ההשתלה, וניתנה לו זכות ראשונה לתאם את ההשתלה.
- בנוסף סך של 1,500,000 ₪ בגין הוצאות נלוות להשתלה, נסיעות שהייה ומלווים כמפורט בסעיפים 4.2.7 ואילך.**
- 4.1.3 **פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה - כיסוי ביטוחי למחלה קשה** מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו נקבע לראשונה על פי אבחנה רפואית מתועדת כי מצבו של המבוטח מחייב ביצוע השתלה.
- במקרה בו המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח בגין השתלה על פי האמור ובכפוף לתנאי הזכאות בפרק זה, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 360,000 ₪ (**שלוש מאות ושישים אלף ₪**) ובתנאי שהמבוטח הגיש תביעה לחברה בגין ההשתלה לפני ביצועה.

קבלת תגמולי ביטוח במסלול פיצוי מותנית בכך שהמבוטח נרשם במרכז הארצי להשתלחות למעט השתלת מח עצם שמקורו מתורם אחר והשתלת כליה. **על אף האמור לעיל, פיצוי לפי סעיף 4.1.3 לא יחול על השתלת קרנית ועל השתלה עצמית של מח עצם.**

למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף קטן זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי על פי הפוליסה בגין כל הוצאה אחרת המפורטת בסעיפים 4.1-4.2 לעיל ולהלן, למעט גמלת החלמה לאחר השתלה כמפורט בסעיף 4.2.15 להלן.

מובהר כי זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי סעיף זה הינם בכפוף לתנאים הבאים:

1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

2. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

סכום ביטוח במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:
בוצעה בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים.

הסכום במקרה של ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל שלא תואם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות הנו 1,200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

4.2

תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח

בקורת מקרה הביטוח ישלם המבטח תגמולי ביטוח כמפורט להלן: המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בגין מקרה הביטוח, עד לסכום הנקוב בסעיפים שלהלן, אם וככל שנקוב:

4.2.1

הוצאות הערכה רפואית:

תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

4.2.2

הוצאות בגין טיפול רפואי:

הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

4.2.3

הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושתל, קצירת האיבר המושתל, ו/או לביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (באיבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, ורישום במאגרים בחו"ל בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי חבותו של המבטח לאיתור מח עצמות לא יעלה על 500,000 ₪ למקרה ביטוח.

4.2.4

הוצאות שהות והוצאות אשפוז:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שהות לפני השתלה או לפני טיפול מיוחד בחו"ל - ללא הגבלה של זמן. בנוסף ישלם

המבטח לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח בגין תקופת אשפוז מרבית שלא תעלה על 365 ימים, בין אם האשפוז החל לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, ובין אם החל לאחריו, והכול לרבות שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות, בהתאם להוצאות בפועל.

4.2.5

הוצאות שימוש בלב מלאכותי:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, בגין שימוש של המבטח בלב מלאכותי עד לביצוע ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל.

4.2.6

הוצאות צוות מנתח:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, עבור עלות הצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה וביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

4.2.7

הוצאות הטסת המבטח ומלווה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה למבטח ולמלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, בהתאם להוצאות בפועל. אם גילו של המבטח נמוך מ-18 שנה ישפה המבטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה למבטח ולשני מלווים.

4.2.8

הוצאות הטסת רופא:

בנוסף לאמור בסעיף 4.2.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת על ידי חיל הרפואה, והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

הוצאות הטסה רפואית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל. הטסה רפואית משמעה - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה או רופא אחר מטעם חברת התעופה קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

4.2.9

הוצאות העברה יבשתית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, בגין הוצאות

העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד, משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח, בהתאם להוצאות בפועל. למען הסר ספק, יובהר כי המבוטח יכסה גם הוצאות הנובעות מהעברה באמבולנס, אם הדבר נדרש לפי צורך רפואי.

4.2.10

הוצאות מגורים וכלכלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע הניתוח או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל.

4.2.11

הוצאות המשך טיפולים:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל ועד סכום הביטוח המירבי.

4.2.12

הוצאות הטסת גופה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

4.2.13

הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל או לביצוע טיפול כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל:

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה - עד 131,000 ₪ למקרה ביטוח אחד בנוסף ישא המבוטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד.

4.2.14

המשך טיפול תרופתי מיוחד בארץ:

המשך טיפול תרופתי מיוחד בארץ לאחר השתלה או טיפול מיוחד, שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הנוגע לעניין, עד לתקרה של 109,200 ₪, כל עוד לא מכוסה על ידי גורם אחר/או על פי פרק ג: תרופות שאינן כלולות בסל התרופות.

4.2.15

גמלת החלמה לאחר השתלה:

4.2.15.1 בנוסף לחבות המבוטח על פי האמור בסעיף 4.1.1 לעיל, המבטח ישלם למבוטח שעבר השתלה, תשלום חודשי של 7,200 ₪ מיום ביצוע ההשתלה ולמשך תקופה של 24 חודשים.

גמלה על-פי סעיף זה לא תשולם למבוטח שעבר השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית, אלא אם המבוטח נמצא במצב של אובדן כושר עבודה מוחלט. יובהר כי גמלת ההחלמה לאחר השתלה, תשלום למושתל גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.

וכל עוד הוא נמצא במצב זה, ועד לתקופה המרבית הקבועה לעיל. לעניין סעיף זה, "אובדן כושר עבודה מוחלט" - מצב בו המבוטח אינו מסוגל לעבוד או לעסוק במקצוע ו/או בעיסוק בו עסק טרם ביצוע ההשתלה, עקב מצבו הרפואי, על פי קביעתו של רופא תעסוקתי

4.2.15.2 נפטר המבוטח, חו"ח, כתוצאה מביצוע ההשתלה במהלך תשלום הגמלה, יהיו יורשיו החוקיים זכאים לקבלת יתרת תשלומי הגמלה המפורטים לעיל, בתשלום אחד, מיד לאחר פטירתו.

4.2.16 הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל.

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני מציל חיים בחו"ל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי – (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

4.2.16.1 עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 100,000 ₪ כולל הוצאות נלוות לטיפול.

4.2.16.2 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה עד לכפל הסכום.

4.2.16.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.

פרק ג' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1.

הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפרק "הוראות ותנאים כללים לביטוח", יחולו על פרק זה הגדרות הנוספות שלהלן:

- 1.1 טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על-פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.2 סל התרופות** - סל התרופות בהתאם לחוק הבריאות.
- 1.3 מרשם** - מסמך רפואי החתום ע"י רופא, אשר אישר הצורך בטיפול תרופתי, קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד ובמינון למשך טיפול של עד חודש אחד בכל פעם.
- 1.4 סכום השיפוי המרבי** - סכום תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבטח עבור תרופה ו/או תרופות על פי פרק זה, במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5 תרופה** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי אחר אשר מטרתו לרפא או לטפל או להקל על הסימפטומים הרפואיים, שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. **מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומואופטיות או טיפולים מתחום הרפואה המשלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.**
- 1.6 תכשיר מזון רפואי** – תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית.
- 1.7 ויטמינים** – תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום.
- 1.8 Investigational New Drug – IND**
תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבטח במסגרת ניסוי קליני.
- 1.9 קנאביס רפואי** – קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.

2.

מקרה הביטוח

שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלת ו/או תינטל במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בנטילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבטח במהלך תקופת הביטוח.

מקרה ביטוח זה לא יחול על טיפול בקנאביס רפואי והשיפוי בגינו יינתן בהתאם להגדרת מקרה הביטוח בסעיף 2.8 לפוליסה.

2.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן המדינות המוכרות; ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, יפן, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA)). לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.

2.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

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

2.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL - כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

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

2.4 תרופת יתום - התרופה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח כ"תרופת יתום" עפ"י הקריטריונים שנהוגים ב-E.M.E.A או ה-F.D.A.

2.5 תרופה בהתאמה אישית תרופה שאושרה לשימוש באמצעות טופס 29 ג'

והתרופה רשומה באחת מהמדינות המוכרות המפורטות לעיל למחלה כלשהי ובתנאי שהתרופה אינה כלולה בסל הבריאות.
 כמו כן יכוסו תרופות בהתאמה אישית כהגדרתן לעיל:
 נמצא באבחון המולקולארי של הגידול ו/או בבדיקה גנטית ו/או בבדיקה גנומית כי המבוטח זקוק עפ"י המלצת הרופא המטפל לתרופה, אשר אינה מכוסה על פי סעיפים 2.1-2.4 לעיל, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות אלו סכום השיפוי המרבי עד 1,000,000 ₪. **לכל תקופת הביטוח.**

2.6 טיפול תרופתי לתרופה לטיפול IND- סכום השיפוי המרבי עד 1,000,000 ₪. לכל תקופת הביטוח.

2.7 בנוסף ינתן החצר לתכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי שאושר על פי פוליסה זו.
 סכום השיפוי המרבי על פי סעיף יהיה עד סך של 100,000 ₪ למבוטח לכל **תקופת הביטוח.**

2.8 טיפול רפואי בקנאביס
 מקרה הביטוח – שיפוי בגין עלות טיפול בקנאביס רפואי כהגדרתו בסעיף 1.9 אשר ניטל במהלך תקופת הביטוח ואשר הצורך בנטיילתו נדרש לראשונה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לאחר מועד כניסת הכיסוי לתוקף ביום 1.7.21, או לאחר מועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח- לפי המאוחר מביניהם.

בקורות מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח בגין העלות החודשית בפועל של רכישת קנאביס רפואי למטרות רפואיות. סכום השיפוי המרבי למבוטח יהיה עד 1000 ₪ לחודש ועד 20,000 ₪ לכל שנתיים וזאת בכפוף להשתתפות עצמית של 100 ₪ בחודש. "שיפוי בגין עלות טיפול בקנאביס רפואי – המבטח ישלם למבוטח בגין עלות רכישה חודשית בפועל של קנאביס רפואי כהגדרתו לעיל וזאת במקום בו הצורך לשימוש בקנאביס רפואי, על ידי רופא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו, סכום השיפוי המרבי למבוטח יהיה עד 1000 ₪ לחודש ועד 20,000 ₪ לכל שנתיים וזאת בכפוף להשתתפות עצמית של 100 ₪ בחודש.

2.9 בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות,
 אך לא רק בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים –
 כיסוי מלא לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה כגון, אך לא רק, בדיקות שמטרתן בין היתר:
 - קביעת דרכי טיפול במחלה, תוך שימוש בכלי האבחון הבאים, כולם או מקצתם, על מנת לבדוק מה הטיפול האופטימלי לטיפול במחלה, בפני איזה טיפול המחלה עמידה וכו'.

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות, אך לא רק, סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול

- סיוע בהתאמת טיפול תרופתי מותאם אישית – סיוע בהתאמת הטיפול התרופתי לשונות הגנטית של החולה, בדיקת יעילות הטיפול התרופתי, קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק,

מניעת תופעות לוואי ו/או רעילות מהטיפול התרופתי וביצוע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו

- איתור מקום הגידול

- הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד

- אבחון מוקדם

- הערכת התקדמות עתידית של המחלה

- בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות

- בדיקות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות על רקמה ביולוגית שמטרתן בין היתר, אך לא רק: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכו'.

- חיזוי המחלה (רמת האגרסיביות של הגידול) - סיכוי הפשטות המחלה סיכוי הישנות המחלה.

* וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות, יכללו בכיסוי זה.

אופן התשלום בגין הבדיקות -

החברה המבטחת תשלם ישירות למעבדה או תשלם למבוטח כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור או העתקי קבלות שניתן לקבלם גם באופן דיגיטלי אצל נותן שרות בהסכם ללא תקרה ואצל נותן שרות שאינו בהסדר עד תקרה של 60,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%

מובהר כי במידה ותוצאת של הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

2.10 טיפול בטכנולוגיית CART

שיפוי ההוצאות בפועל ועד לתקרה מקסימלית של 300,000 ₪

לעניין פרק זה, מצב רפואי המחייב טיפול תרופתי: אבחנה ו/או חו"ד ו/או המלצה מתועדת מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, לפיה על המבוטח לקבל את הטיפול התרופתי.

3.

סכום הביטוח הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה, ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה 3,000,000 ₪. סכום הביטוח מתחדש כאמור מתחדש כל שנתיים, למעט סעיפים 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, ו- 2.10 לעיל. לגביהם התקרה המרבית תהיה על פי הנקוב בסעיף הרלוונטי לכל תקופת הביטוח על פי הפוליסה.

סכום הביטוח שישולם בגין סעיפים הללו יכלול בסכום הביטוח המירבי.

סכום הביטוח לא יתחדש במקרים בהם המבוטח עזב את הפוליסה מכל סיבה שהיא ו/או במקרה בו הפוליסה תסתיים או תבוטל עבור כלל המבוטחים, בין אם תחודש אצל מבטח אחר ובין אם לאו.

עבור מקרה ביטוח כאמור בסעיף 2.6 לעיל תכלול תקרת הכיסוי גם שתי התייעצויות עם רוקח בשנה, בהשתתפות עצמית של 20% ועד 600 ₪ לשנה.

יובהר כי, אם תבוטל הפוליסה אצל המבטח הנוכחי ו/או אם הפוליסה תתחדש אצל מבטח אחר, המבטח יישא בתגמולי ביטוח עד למיצוי תקרה הנקובה לעיל

5.

השתתפות עצמית

- 5.1** המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 273 ₪ בגין כל מרשם. עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיו, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
- 5.2** ההשתתפות העצמית האמורה בסעיף 5.1 לעיל, תשולם עבור שני מרשמים לכל היותר, ועל התרופות הנוספות שעלותן מעל 273 ₪ יהיה פטור מהשתתפות עצמית.
- 5.3** אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 5,455 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
- 5.4** החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 250 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח. או בסכום שלא יעלה על 5,500 ₪ לכל סדרת טיפולים. סכום זה בא בנוסף שיפוי בגין עלות התרופה.
- 5.5** כמו כן במקרים בהם תשא קופ"ח באמצעות הביטוח המשלים (תוכנית השב"ן) בעלות התרופה, ישלם המבטח את תשלום החזר ההשתתפות העצמית כאמור. יובהר כי האמור חל על תרופות המכוסות במסגרת פרק זה.

6.

הגבלה לחבות המבטח

- בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק א', המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור**
- 6.1** טיפולים או תרופות ניסיוניות. מובהר כי תרופות המצוינות בהגדרות מקרה הביטוח לא יחשבו כניסיוניות על פי פרק זה.
- 6.2** טיפולי שיניים, תרופות לטיפול באין אונות ולטיפולי שיניים.
- 6.3** טיפולים ברפואה משלימה חומרים לצורך טיפולים ברפואה משלימה, תוספות מזון וויטמינים למעט האמור בסעיף 2.6 לעיל.
- 6.4** טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת.
- 6.5** חיסונים לצורך מניעת מחלה.

פרק ד' 1 – ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית עבור עמיתים משרתי קבע

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 **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.7 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.8 **שתל** - כל 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.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח בכפוף להשתתפות עצמית אשר תחול המבוטח כמפורט להלן.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרנות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1 התייעצויות בכל שנת ביטוח; אצל רופא שבהסדר כיסוי מלא ואצל רופא שלא בהסדר עד 1,200 ₪ להתייעצות. לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**

3.2 שכר מנתח;

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

3.3.1 שכר רופא מרדים.

3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

3.3.3 ציוד מתכלה.

3.3.4 שתלים.

3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

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

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

4. תקופת האכשרה:

4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.

4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

5. הגבלות לאחריות המבטח:

בנוסף לסייגים וההחרגות הכלליים בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישירין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה;

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

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

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

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

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

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

5.7 מקרה הביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולות איבה או עקב שירות המבטח בגוף ביטחוני או משטרתי או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרית.

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

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

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

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

הגדרות (סעיף 1 לתוכנית):

6.1 סכום שיפוי מרבי - גובה תגמולי הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות מקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שבהסכם או נותן שירות אחר, בניכוי השתתפות עצמית כנקוב להלן. סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח - לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ההסכם הנהוג לגבי מירב נותני השירות בחברה.

סך השתתפות עצמית אשר תחול על המבטח: 2,154 ₪ לניתוח או למחליף ניתוח

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

6.3 **תביעות**

מימוש הזכויות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:

6.3.1 **ביחס לניתוחים- רק באמצעות נותני שירות שבהסכם (עם המבטח).**
המבטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה הביטוח שהנו ניתוח לפי תכנית זו.
לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע הניתוח בגין מקרה הביטוח.

6.3.2 **ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות** – באמצעות נותן שירות שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר. במקרה בו מקרה הביטוח הנו באמצעות נותן שירות שבהסכם, המבטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה הביטוח. לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח.

המבטח ישלם למבטח או ישירות לנותן השירות שבהסכם או לנותן שירות אחר, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. **על אף האמור בסעיף 13.2 לתנאים הכלליים, מובהר כי המבטח לא יתן החזר כספי או תשלום כלשהו למבטח במקרה של ניתוח על ידי נותן שירות שבהסכם.** מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יהא **רק עד לסכום השיפוי המרבי.**

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

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

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

פרק ד' 2 – ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחילפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי שב"ן עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם ובני משפחות של עמיתים משרתי קבע

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 רופא מומחה- רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;**
- 1.7 קופת חולים- כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.**
- 1.8 שתל -** כל 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.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח, בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 6 להלן.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקורות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח; אצל רופא שבהסדר כיסוי מלא ואצל רופא שלא בהסדר עד 1,200 ₪ להתייעצות. לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכונה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**

3.2 שכר מנתח;

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

- 3.3.1 שכר רופא מרדים.
- 3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.
- 3.3.3 ציוד מתכלה.
- 3.3.4 שתלים.
- 3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.
- 3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.
- 3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

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

4. תקופת אכשרה:

4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.

4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

5. הגבלות לאחריות המבטח:

בנוסף לסייגים וההחרגות הכלליים בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח

ובמהלך תקופת האכשרה;

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

5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח לקיצור קיבה עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוסס עם יחס BMI גבוה מ-40;

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

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

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

5.7 מקרה הביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולות איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

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

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

6. מסלולים אפשריים לביצוע ניתוח וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל על פי פרק זה:

6.1 ביצוע ניתוח במימון חברת הביטוח בניכוי השתתפות עצמית: פנה המבוטח לביצוע הניתוח או טיפול מחליף הניתוח באמצעות המבטח. ישלם המבטח את עלות הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח בניכוי השתתפות עצמית בגובה 2,154 ₪.

6.2 ביצוע ניתוח במימון השב"ן: פנה המבוטח לביצוע הניתוח באמצעות השב"ן, ישלם המבטח את החזר ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח במסגרת ביצוע ניתוח באמצעות השב"ן. וזאת עד לגובה הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות

שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח- לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ההסכם הנהוג לגבי מספר נותני השירות בחברה.

יובהר כי אם פנה המבוטח לביצוע הניתוח באמצעות השב"ן, והשב"ן לא יממן את הניתוח מכל סיבה שהיא (לרבות במקרים הבאים: מנתח לא נכלל ברשימת נותני שירותים שבהסכם עם השב"ן, ניתוח לא כלול ברשימת הניתוח המכוסים במסגרת השב"ן, השב"ן לא מכסה את הניתוח למבוטח מכל סיבה שהיא וכו'), המבוטח יפנה למבטח ובמידה שהמבוטח זכאי למקרה הביטוח, יממן המבטח את הניתוח או טיפול מחליף הניתוח בניכוי השתתפות עצמית בגובה 2,154 ₪.

6.3 אי חברות בשב"ן

מבוטח שבמועד תחילת הביטוח אין ברשותו שב"ן או מבוטח שביטל את חברותו בשב"ן במהלך תקופת הביטוח יוכל לפנות למימוש זכאותו על פי האמור בסעיף 6.1 לעיל. דמי הביטוח שישולמו על ידי המבוטח יהיו דמי הביטוח הנקובים לפרק זה.

7. תנאים מיוחדים לפרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי

ניתוח בישראל

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

הגדרות (סעיף 1 לתוכנית):

7.1

סכום שיפוי מרבי - גובה תגמולי הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות מקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שבהסכם או נותן שירות אחר, בניכוי השתתפות עצמית אם פנה המבוטח לביצוע הניתוח באמצעות חברת הביטוח. סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח- לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ההסכם הנהוג לגבי מספר נותני השירות בחברה.

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

7.3 תביעות

מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:

7.3.1 ביחס לניתוחים- רק באמצעות נותני שירות שבהסכם (עם המבטח).

המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה הביטוח שהנו ניתוח לפי תכנית זו.

לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות

רפואיות לשם ביצוע הניתוח בגין מקרה הביטוח.

- 7.3.2 **ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות** – באמצעות נותן שירות שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר. במקרה בו מקרה הביטוח הנו באמצעות נותן שירות שבהסכם, המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוח בגין מקרה הביטוח. לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות שבהסכם או לנותן שירות אחר, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. **על אף האמור בסעיף 13.2 לתנאים הכלליים, מובהר כי המבטח לא יתן החזר כספי או תשלום כלשהו למבוטח במקרה של ניתוח על ידי נותן שירות שבהסכם.** מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יהא **רק עד לסכום השיפוי המרבי.**
- 7.3.3 **"בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח"** – מובהר כי הינן לרבות, בדיקה פתולוגית, בדיקות מעבדה המתבצעות במהלך האשפוז, בדיקות הדמיה המתבצעות על פי דרישת המנתח לקראת ניתוח ו/או במהלכו.
- 7.3.4 בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבוטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש, שקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ניתוח.
- 7.3.5 בכפוף לאישור המפקח על הביטוח, המבטח יהיה רשאים לקבוע לגבי מקרים חריגים שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים בתחומים ייחודיים, כי היה רשאי להציע, לתקופת זמן מוגבלת, החזר כספי למבוטח ביחס ל ניתוחים באמצעות נותן שירות אחר. אפשרות כזו, ככל שתהא ובמתכונתה המאושרת, תפורסם באתר האינטרנט של החברה.
- 7.3.6 הכיסויים על פי סעיף זה הינם בכפוף לתנאים ולמסלולים המפורטים בסעיף 6.1 ו-6.2 לעיל.

פרק ה' 1 - ניתוחים בחו"ל

1. הגדרות

הטסה רפואית

הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה

2. מקרה הביטוח

ניתוח בחו"ל שבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או יבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח ואשר המבוטח בחר לבצעו בחו"ל.

3. "ניתוח מפרק / משתל בהתאמה אישית –

תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI ויצירת מפרק / משתל המותאם אישית לגופו של המנותח. שאיבת דיסק מכנית ללא פגיעה ברקמות הסמוכות בשיטת Hydrocision

4. תנאי הביטוח

מבלי לפגוע בזכויות המבוטח לפי פרק ב' חבות המבטח בגין ביצוע ניתוח בחו"ל, הזכויות מותנית בהתקיים התנאים הבאים במצטבר:

4.1 המבוטח הודיע למבטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, ומסר למבטח את שם וכתובת ביה"ח בחו"ל בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח, וכן פרטים נוספים הקשורים בניתוח ומצויים בידיעתו.

4.2 הניתוח אושר מראש על ידי המבטח, וההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותאום הניתוח נעשו ישירות על ידי המבטח. למען הסר ספק, המבטח לא יגביל את המבוטח לביצוע ניתוח במרכז רפואי שלמבטח יש הסכם עימו או במרכז רפואי אחר כלשהו.

4.3 אם המבטח לא הסדיר את הניתוח ונבצר מהמבוטח לבצע את הניתוח במועד, יישא המבטח במלוא התשלום ששילם המבוטח עבור שרות ניתוח ואשפוז המנויים בסעיף 4.1 להלן.

5. סכום הביטוח

5.1 המבטח ישלם עבור המבוטח, באופן מלא וישיר, לנותני השירותים את ההוצאות הממשיות המפורטות להלן הנדרשות בגין מקרה הביטוח, ו/או ישפה את המבוטח כנגד קבלות על פי האמור בסעיף 6.1.3 בפרק א' לעיל, שימצאי לו המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, עד לתקרות הכיסוי המפורטות להלן:

5.1.1 שכר מנתח בבי"ח בהתאם להוצאות בפועל.

5.1.2 התייעצות לפני הניתוח אצל רופא מומחה שאינו מבצע את הניתוח, בהתאם להוצאות בפועל.

5.1.3 התייעצות לפני ואחרי ניתוח, עם המנתח אשר ביצע את הניתוח,

בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.4 הוצאות חדר ניתוח בבית חולים, בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.5 שכר רופא מרדים בית חולים, עבור התייעצות לפני ניתוח ועבור שירותו במהלך ביצוע הניתוח בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.6 שהייה בבית חולים בחדר בו שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים פרטי, בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.7 תרופות בעת אשפוז, בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.8 בדיקות אבחון ובדיקות מעבדה, בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.9 בדיקות פתולוגיות וחווות דעת פתולוגית ו/או חווות דעת רפואית שנייה שתידרש בעקבות ביצוע הבדיקה הפתולוגית, בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.10 טיפולים פיזיותרפיים בעת אשפוז, בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.11 שימוש בשתלים במהלך ביצוע ניתוח, בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.12 שכר אחות פרטית בעת ניתוח ו/או למשך עד 10 ימים נוספים אחריו, בהתאם להוצאות בפועל.	
5.1.13 כל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח, ואשר החיוב בגינה נעשה ע"י בית החולים או הרופא המנתח או המרדים, בהתאם להוצאות בפועל.	
5.2 בנוסף לאמור בסעיף 5.1 לעיל, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח עבור הוצאות נוספות כמפורט להלן:	
5.2.1 הוצאות הטסת רופא המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ובהתאם להוצאות בפועל.	
5.2.2 הוצאות הטסה רפואית המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, בגין הוצאות הטסה רפואית של המבטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח, או חזרתו ארצה לאחר ניתוח, בהתאם להוצאות בפועל, ועד סכום של 87,300 ₪.	
5.2.3 הוצאות העברה יבשתית המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבטח ומלווה אחד, משדה התעופה לבית החולים ובהחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבטח, ובהתאם להוצאות בפועל, כמו כן עבור שירות הסעה באמבולנס ממקום שהותו של המבטח לבי"ח ובין בתי חולים, בהתאם להוצאות בפועל, ועד גובה התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי	

אמבולנס בארץ מקום הביצוע, המקבילים לשירותי מגן דוד אדום בישראל.

5.2.4 כיסוי להוצאות שהייה
הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של 87,300 ₪, ובכל מקרה לא יותר מסכום של 873 ₪ ליום.

5.2.5 כיסוי להוצאות הטסת גופה
המבטח יכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר המבוטח בעת שהותו בחו"ל. כיסוי ההוצאה יהיה מלא ויבוצע על ידי המבטח או בתיאום עימו.

5.2.6 במידה ולא ניתן להעביר מבוטח לחו"ל לביצוע הניתוח בחו"ל מסיבות רפואיות, תשלם החברה עבור הבאת המומחה מחו"ל לביצוע הניתוח בישראל.

6. הגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה
בנוסף לחריגים הכלליים, המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:

6.1 הניתוח נועד למטרה אסטרטגית או קוסמטית, ללא אינדיקציה רפואית מובהקת, כולל ניתוח לתיקון קוצר ראייה, קוצר מעיים או קיבה שנועדו למטרה אסתטית או קוסמטית ללא אינדיקציה רפואית מובהקת כאמור, ולמעט ניתוחים שבוצעו כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תק' הביטוח או כתוצאה מניתוח המכוסה בביטוח זה, כגון: שיקום שד לאחר ניתוח כריתת שד, ושיקום פנים לאחר ניתוחים ו/או מקרי טראומה.

6.2 ניתוח/ים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים הדורשים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.

6.3 בדיקות מעבדה, צילומים תוך גופיים, אולטרא סאונד למעט אם בוצעו לצורך ביצוע הניתוח או במהלך הניתוח או הנדרשים לביצוע לאחר ביצוע הניתוח, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח.

6.4 זריקה או הזלפות למעט אם בוצעו בחדר ניתוח ו/או תחת הדמיה ו/או תחת הרדמה מקומית או מלאה.

6.5 בדיקה/ות ופעילות הדמיה, כגון: C.T, ו- m.r.i כאשר אלה אינם לצורך הניתוח או חלק ממהלך הניתוח למען הסר ספק, בדיקות ופעולות הדמיה כאמור אשר בוצעו במהלך האשפוז בו בוצע הניתוח, ו/או אשר נדרשים לצורך ביצוע הניתוח, יכוסו על פי פרק זה באופן מלא.

6.6 טיפולי שיניים, ניתוחי חניכיים. מובהר כי יכוסו ניתוחי פה ולסת.

6.7 בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה, לא ישולם על פי ביטוח זה שכן מיילדת, לא ישולם שכר מנתח, ולא ישולם פיצוי בגין ימי אשפוז במקרה של לידה. על אף האמור לעיל, המבטח יכסה ניתוח הקשור בסיבוכי הריון, הריון מחוץ לרחם, בהפלה או כשל הריון. כמו כן המבטח יכסה ניתוח קיסרי אשר בוצע ביולדת מסיבות רפואיות ו/או עפ"י חו"ד של רופא מומחה.

פרק ה' 2 – טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. **מקרה הביטוח**
ביצוע טיפול חלופי לניתוח.
2. **חבות המבטח**
חבות המבטח בגין מקרה הביטוח מותנית בהתקיים התנאים הבאים במצטבר:
 - 2.1 רופא בתחום הרלוונטי קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים שמצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע הניתוח.
 - 2.2 המבוטח זכאי לכיסוי בגין הניתוח על פי תנאי הסכם זה.
 - 2.3 רופא מומחה בתחום הרלוונטי המליץ על ביצוע הטיפול הרפואי כתחליף לניתוח.
 - 2.4 הטיפול החלופי יבוצע באישור ותיאום מראש ובכתב של המבטח.
 - 2.5 הטיפול החלופי מבוצע בבית חולים או במרפאות בעלות רישיון תקף על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או במדינה בה הוא מבוצע, על ידי רופא מומחה אשר הבעיה ו/או הטיפול הנם בתחום מומחיותו.
3. המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע הטיפול החלופי, לרבות שכר מבצע הטיפול, הוצאות חדר ניתוח/טיפול, הוצאות אשפוז וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול, כמפורט להלן:
 - 3.1 אם בוצע הטיפול ע"י ספק שירות הנמצא בהסדר עם המבטח לגבי אותו טיפול, המבטח יישא במלוא עלות הטיפול.
 - 3.2 אם בוצע הטיפול באמצעות ספק שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יישא המבטח במלוא העלות אך לא יותר מהסכום המרבי שהיה משלם המבטח עבור אותו טיפול לספק שירות אשר בהסכם עימו. בהעדר הסכם עם ספק שירות לגבי טיפול מסוים, יישא המבטח בעלות בשיעור 150% מהעלות המרבית המשולמת לנותן שירות שבהסכם עבור ניתוח (שירותי ניתוח ואשפוז) אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע בישראל.
 - 3.3 למען הסר ספק, אם נזקק המבוטח לביצוע הניתוח שבמקומו בוצע הטיפול החלופי לניתוח לאחר ביצוע הטיפול החלופי, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין הניתוח על פי פרק זה, ולא יקוזז כל סכום שהוא בגין הטיפול החלופי מתגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח על פי תנאי פרק זה בגין הניתוח שיבוצע.
4. **ההגבלות לאחריות המבטח לטיפול חלופי לניתוח**
המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי סעיף 6 - טיפול מחליף ניתוח, בכל אחד מן המקרים הבאים:
 - 4.1 טיפולים במסגרת רפואה משלימה.
 - 4.2 טיפול תרופתי, תרופה הומאופטית, ויטמינים תוספי מזון.

פרק ו' - שירותים אמבולטוריים

מקרה הביטוח

1. מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ביצוע אחד או יותר מהטיפולים הנמנים בסעיף 3 להלן, במהלך תקופת הביטוח.

תגמולי ביטוח

1. עמיתים משרתי הקבע - המבטח ישלם למבוטח 80% מההוצאות ששילם בפועל בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה, למעט למבוטח בגין סעיף בדיקות הריון ולמבוטח/מבוטחת בגין בדיקות גנטיות וטיפול פוריות בהם ישלם המבטח על פי המוגדר בסעיפים אלו ועד 70% מההוצאות ששילם/ה בפועל בגין מקרה הביטוח (ואלא אם כן נקוב או רשום אחרת באחד מן הסעיפים שבפרק זה), אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט בסעיף 3 להלן.

2. עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם ובני המשפחות של עמיתים משרתי הקבע – רשאים בטרם יתבעו את המבטח לפנות קודם למיצוי זכאותם בשב"ן בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה ועל פי האמור להלן (ואלא אם כן נקוב או רשום אחרת באחד מן הסעיפים שבפרק זה) מבוטחים אשר ישלמו השתתפות עצמית בלבד בהתאם לתנאי השב"ן יקבלו 100% החזר השתתפות עצמית אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט בסעיף 3 להלן. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם השב"ן המבטח ישלם למבוטח 80% מההוצאה ששילם בפועל בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט בסעיף 3 להלן.

תגמולי ביטוח

3. רשימת הטיפולים המכוסים על פי פרק זה בכפוף לאמור בסעיף 2 לעיל.

התייעצות עם רופא מומחה

3.1.1 מבטח זכאי להשתתפות המבטח, לא יותר מ- 800 ₪ לכל התייעצות ועד 4 התייעצויות עם רופא מומחה שהוכר כמומחה ע"י משרד הבריאות בישראל בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% לא יכוסו במסגרת סעיף זה התייעצויות בעת הריון הקשורות להריון, כמו כן, לא יהיה כיסוי במסגרת סעיף זה לחוות דעת משפטית.

3.1.2 מבטח זכאי לעד ארבע (4) התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת כאמור בסעיף 3.1.1. מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה במקרה של צורך בביצוע ניתוח כאמור בפרק ד' או ד'2 לא יבואו במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

3.2.1 מבטח זכאי להשתתפות המבטח בגין קבלת חוות דעת רפואית נוספת ע"י רופאים מומחים בחו"ל, במרכזים רפואיים המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, עד לסך של 5,250 ₪ בכל תקופת הביטוח.

- 3.2.2 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
- 3.2.3 מקרים 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 1,100 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
- 3.2.4 **חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור מאת המבטח.**

בדיקות רפואיות אבחנתיות 3.3

- 3.3.1 מבוטח זכאי להשתתפות המבטח עבור בדיקות רפואיות אבחנתיות כהגדרתן בסעיף 1 אשר בפרק תנאים כלליים - הגדרות כלליות.
- 3.3.2 חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית בכך שניתנה למבוטח המלצה מאת רופא שהבדיקה המבוקשת הינה בתחום מומחיותו.
- 3.3.3 המבטח ישפה את המבוטח עד לסך 11,000 ₪ לכל שנת ביטוח, עבור כל בדיקה שעלותה למבוטח מעל 150 ₪. במקרה שמדובר במבוטח שחלה במחלת הסרטן תהא התקרה על פי סעיף תהיה 22,000 ₪ לשנת ביטוח.
- 3.3.5 מבוטח אשר עבר בדיקת אבחון, יהיה זכאי לשיפוי עד ל- 873 ₪ עבור חוות דעת נוספת מאת רדילוג מומחה.
- 3.3.6 **מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות לנשים בהריון ובדיקות גנטיות הקשורות בהריון, ובדיקות סקר תקופתית, בדיקות העונות להגדרת ניתוח כגון אך לא רק: ביופסיה, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, היסטרוסקופיה.**
- לא יינתן כיסוי לטיפולי שיניים ו/או חניכיים מכל סוג שהוא לרבות בדיקות וצילומים. למען הסר ספק לא יינתן כיסוי לצילומי שיניים/חניכיים אבחנתיים מכל סוג כגון: צילומי c.t, צילום פנורמי וכדומה.**

תקופת אכשרה לסעיף זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח

רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי 3.4

- 3.4.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור יעוץ דיאטטי ושירותי רפואה משלימה כמפורט ברשימת הטיפולים להלן:
- 3.4.1.1 הומיאופטיה
 - 3.4.1.2 אוקופונקטורה
 - 3.4.1.3 כירופרקטיקה
 - 3.4.1.4 אוסטיאופטיה
 - 3.4.1.5 רפלקסולוגיה
 - 3.4.1.6 שיאצו

ייעוץ דיאטטי	3.4.1.7
שיטת פלדנקרייז	3.4.1.8
ביו-פידבק	3.4.1.9
נטורופתיה	3.4.1.10
הרבולוגיה	3.4.1.11
שיטת פאולה	3.4.1.12
שיטת אלכסנדר ספורתרפיה	3.4.1.13
שיטות נוספות שיהיו מכוסות בשב"ן תחת הכיסוי לשירותי רפואה משלימה.	3.4.1.14
מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח ב-עד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח. סכום השתתפות המבטח יהיה עד ל- 131 ₪ לטיפול או התייעצות שבוצעו במהלך תקופת הביטוח.	3.4.2
קבלת השתתפות המבטח בשירותי הרפואה המשלימה כפופה ל:	3.4.3
מכתב רפואי מאת רופא שבעייתו הרפואית של המבוטח הינה בתחום מומחיותו, שניתן בטרם ביצוע הטיפולים, הממליץ על טיפול מוגדר לבעיה הרפואית של המבוטח.	3.4.3.1
לקבלת תעודת המטפל/נותן השירות בעברית, מבית ספר/מוסד/מוסד אקדמי המכשיר מטפלים בתחום הטיפולי שהומלץ על ידי הרופא.	3.4.3.2
הצגת תוכנית הטיפולים חתומה בידי המטפל הכוללת את אבחנתו המקצועית ואת תכנית הטיפול הנובעת ממנה על מנת להשיג את המטרה הטיפולית, ואת מועדי הטיפולים שהתקיימו בפועל.	3.4.3.3
<u>חריגים</u>	3.4.4
לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:	
עיסוי רפואי	3.4.4.1
היפנוזה, היפנוטרפיה.	3.4.4.2
טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו'). סיג זה לא יחול על מבוטח שטרם מלאו לו 21 שנים בעת מקרה הביטוח.	3.4.4.4
טיפולים ו/או ייעוץ שאינם כלולים בסעיף 3.4.1.	3.4.4.5
הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.	3.4.4.6
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.	

3.5 אביזרים רפואיים נוספים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור רכישת אביזרים רפואיים, עד לסך של 8,000 ₪ לכל תקופת הביטוח (עבור ילדים עד גיל 25 שנה, עבור כיסא גלגלים, עד לסך של 6,000 ₪ לכל תקופת הביטוח) למעט מדרסים שהחזר בגינם יהיה על פי המפורט להלן. לעניין סעיף זה "אביזר רפואי" - כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מחלה, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי.

3.5.1 רכישת האביזר הרפואי מותנית בהפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה בתחום הרלוונטי, שניתנה בטרם הרכישה.

3.5.2 חריגים

3.5.2.1 לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפול שיניים.

3.5.2.2 לא יכוסו עדשות מגע, למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7, אפאקיה ואנאיזומטופיה של מעל 3 דיופטר.

3.5.2.3 לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות(החזר עבור עדשות בלבד): קוצר ראייה גבוה אצל ילדים מ-5 דיופטרים ומעלה, אסטיגמטיזם מעל 7 כמו כן יכוסה משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

3.5.2.4 לא יכוסו נעליים אורתופדיות, למעט נעליים אורתופדיות 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 שאינם זכאים לכך (ממשרד הבריאות).

3.5.3 מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים. מבוטח שיבקש לרכוש מדרסים יוכל לעשות זאת רק באמצעות ספק שירות שהוא נותן שירות שבהסכם עם המבוטח וסכום עלות המדרס לא יעלה על 450 ₪ בכל פעם. יובהר כי לא יינתן כל החזר למבוטח עבור מדרסים שרכש שלא באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבוטח.

תקופת אכשרה לסעיף זה רבתי 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.6 מנוי למשרד קרדיולוגי

3.6.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור דמי מנוי לשירות משרד קרדיולוגי עד לסכום שיפוי מרבי בסך 175 ₪ לחודש, לתקופה מרבית בת 24

חודשים.

3.6.2 הזכאות לפי סעיף זה מותנית בכך שמצבו הבריאותי של המבוטח המחייב שימוש בשירותי מנוי למשדר קרדילוגי הינו אחד מאלה:

3.6.2.1 המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אונם שריר הלב במהלך שלושה חודשים בטרם רכש מנוי לשירות.

3.6.2.2 אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או מעקפים או השתלת לב. או מבוטח שעבר ניתוח כאמור

3.6.2.3 המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו.

3.7 שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח)

מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עד 350 ש"ח לכל יום, עבור שירותי אחות לשמירה ו/או טיפול, במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים בישראל מחמת מחלה או תאונה (לא לשם ניתוח), החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולמשך תקופה מרבית בת 14 ימים. בנוסף מבוטח המאושפז לתקופה העולה על 7 ימים יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 1,100 ש"ח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.8 טיפול שיקום

3.8.1 **טיפול פיזיותרפי/הידרותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק (שלא לאחר ניתוח):**

3.8.1.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור טיפולים פיזיותרפיים/הידרותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפול שיקומי אחר שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י פיזיותרפיסט/הידרותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי - בעלי תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

השתתפות המבטח תהיה לא יותר מ- 200 ש"ח לכל לטיפול ולא יותר מ- 20 טיפולים בכל שנת ביטוח.

בנוסף לאמור לעיל, לאחר ביצוע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי הוצאותיו בגין טיפול פיזיותרפי, ו/או הידרותרפי ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפול שיקום אחרים, בכפוף לתנאים כמפורט להלן: הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, המבטח ישפה את המבוטח לא יותר מ- 175 ש"ח לטיפול, השיפוי יינתן בעבור לא יותר מ- 20 טיפולים אשר יבוצעו לאחר ובסמוך לביצוע הניתוח.

3.8.1.2 הטיפול יינתן בכפוף ל:

3.8.1.2.1 **מכתב רפואי מאת רופא שבעייתו הרפואית של המבוטח הינה בתחום מומחיותו, שניתן בטרם ביצוע הטיפולים, הממליץ על טיפול מוגדר**

לבעיה הרפואית של המבוטח.

3.8.1.2.2 לקבלת תעודת המטפל/נותן השירות, מבית ספר/מוסד/מוסד אקדמי המכשיר מטפלים בתחום הטיפולי שהומלץ על ידי הרופא.

3.8.1.2.3 הצגת תוכנית הטיפולים חתומה בידי המטפל הכוללת את אבחנתו המקצועית ואת תכנית הטיפול הנובעת ממנה על מנת להשיג את המטרה הטיפולית, ואת מועדי הטיפולים שהתקיימו בפועל.

3.8.2 שיקום דיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק

שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור טיפול לשיקום הדיבור עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור בעקבות אירוע מוחי (C.V.A), ניתוח, מחלה או תאונה שאירעו במהלך תקופת הביטוח. ולא יותר מסך מ-135 ש"ח לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

הטיפול יינתן ע"י מכתב מרופא מטפל שהבעיה הרפואית של המטופל היא בתחום מומחיותו.

3.8.3 התעמלות שיקומית:

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור התעמלות שיקומית לאחר אירוע לב על פי הוראת רופא מומחה, עד לסכום מרבי של 200 ש"ח לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד השחרור מבית החולים.

בנוסף לאמור לעיל, המבוטח יהיה זכאי לשיפוי עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, המבטח ישפה את המבוטח עד לסכום מרבי של 200 ש"ח לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד ביצוע הניתוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.8.4 החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח:

בוצע במבוטח ניתוח לב פתוח, או ניתוח מוח, או ניתוח גב, או השתלה, או ניתוח אחר אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגינו אושפז לתקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, ועד לסך של 820 ש"ח לכל יום החלמה, ולתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה (14) ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

3.9.1 פיצוי בגין היעדרות מלימודים
מבוסס שגילו נמוך מ- 21 ושנעדר מלימודיו בבית ספר כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך 220 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

תקופת אכשרה לסעיף זה – 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.9.2 בעיות הרטבה לילדים
המבוסס יהיה זכאי להשתתפות עבור שני מפגשים טיפוליים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5 בבעיות הרטבה, שניתן למבוסס במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 880 ₪, לכל טיפול.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.9.3 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה

3.9.3.1 מבוסס שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA, BRC, MOXO ומבחנים / מבדקים עד לסכום בסך 1,310 ₪.

3.9.3.2 הזכאות היא אחת לתקופת ביטוח.
תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח זה.

3.9.4 טיפול בבעיות התפתחות בילדים
המבוסס יהיה זכאי להשתתפות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד אצל ילד עד גיל 18 או נירולוג ילדים או פסיכיאטר ילדים, פסיכותרפיה על ידי פסיכותרפיסט מוסמך בעל תואר במקצוע הטיפול שהעניק למבוסס ואותו למד והמותר בידי משרד הבריאות לעסוק בפסיכותרפיה, עובד סוציאלי בוגר תואר שני במסלול קליני. המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג, עד 60% מעלות הטיפול, אך לא יותר מ- 131 ₪ לטיפול, ולא יותר מ- 30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח זה

3.9.5 פיצוי במקרה של אשפוז ילדו של מבוסס
מבוסס שגילו מתחת ל- 21 שנים, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 275 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לאשפוז ולתקופה מרבית בת 14 ימים.

3.9.6 מאבק בסרטן

מבוטח שגילו נמוך מ- 21 שנים יהיה זכאי לפיצוי בסך 109,200 ₪ בעת גילוי מחלת סרטן. לעניין סעיף זה סרטן (Cancer) - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחוזרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשניונים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.

2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וולא אולרציות (התכייבויות).

3. מחלות עור מסוג:

1. Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma;
2. מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

4. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS.

5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T No Mo2 (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל).

6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ-10,000 B cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.10 בדיקות לנשים בהיריון וטיפול פוריות

3.10.1 בדיקות לנשים בהריון

המבוטחת תהיה זכאית להשתתפות עבור בדיקות של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת בתקופת ההיריון כמפורט להלן: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת (מוקדמת ו/או מאוחרת) בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או סיסיליה, בדיקת חלבון עוברי, בדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18 ו/או בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת NIPT (ו/או כל בדיקת דם אחרת אשר תתוסף/תחליף את בדיקת מי השפיר), בדיקת PGD ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההיריון עפ"י המלצת רופא מומחה, ועבור התייעצויות עם רופא מומחה בעת הריון. עד 4,400 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,600 ₪ לכל הריון. סעיף זה יחול גם על אם פונדקאית שאינה מבוטחת בפוליסה זו והיא פונדקאית של המבוטח/ת. במידה ושני בני זוג מבוטחים, תשלום תקרת הכיסוי לפונדקאית רק פעם אחת לכל הריון.

3.10.2 בדיקות גנטיות

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור ביצוע בדיקות גנטיות שבוצעו במבוטח/ת לשלילת מומים מולדים, במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות או אינה כלולה במסגרת השירותים הניתנים על ידי חיל הרפואה למשרתי הקבע לפי העניין. הזכאות הינה עד 1,310 ש"ח, פעם אחת בתקופת הביטוח.

3.10.3 טיפולי ושירותי הפריה

מבוטח/ת יהיה זכאי להשתתפות עבור טיפולי פוריות שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח בארץ, עד 30,000 ש"ח לכל לידה. (ללא תלות במספר הילדים בכל לידה) וזאת בהמלצת רופא מומחה בתחום.

בנוסף, כיסוי לטיפול הפריה אשר בוצע בחו"ל וזאת עד 22,500 ש"ח. שירותי פונדקאות מכל סיבה שהיא ועד לתקרה של 30,000 ש"ח ושירותי שמירת זרע ו/או שמירת ביציות לטווח ארוך מכל סיבה שהיא. ועד לתקרה של 30,000 ש"ח.

יובהר כי האמור בסעיף זה מקנה כיסוי גם לזוגות מאותו מין וגם למבוטחת המבקשת לבצע שמירת ביציות בגלל גיל או למבוטחת המבצעת טיפולי פריון בגלל היותה יחידנית

3.10.4 מובהר כי ילדים מתחת לגיל 25 שנהלא יהיו זכאים לתגמולי ביטוח על פי סעיף זה תקופת אכשרה לסעיף 3.10 רבתי הינה 9 חודשים.

3.11 פינוי באמבולנס

מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאה עבור העברה/פינוי באמבולנס לבית חולים וממנו במקרים בהם העברה אינה מכוסה על פי חוק הבריאות הממלכתי בגובה התעריף הרשמי של מגן דויד אדום עבור אותו שרות. ו/או על פי ההוצאה בפועל, לפי הנמוך מביניהם. המבוטח יהיה זכאי עד לשתי העברות בכל שנת ביטוח.

3.12 חיסונים

המבטח ישפה את המבוטח בגין קבלת חיסונים עקב צאתו של המבוטח מהארץ לארצות חוץ, אשר המבוטח מחויב לקבלם, על פי הוראה של משרד הבריאות למניעת הידבקות במחלות הקיימות באותן ארצות חוץ (להלן: "נסיעה מזכה לחו"ל"). תקרת השיפוי לכיסוי הוצאות על פי סעיף זה - השתתפות עצמית של 40% ועד תקרת שיפוי של 208 ש"ח בגין כל נסיעה מזכה לחו"ל והחזר עד 2 נסיעות בשנת ביטוח.

3.13 טיפולים פסיכולוגיים במקרים קשים

המבוטח יהיה זכאי לטיפולים פסיכולוגיים שבוצעו במהלך תקופת הביטוח בכפוף לתנאים כמפורט להלן:

מטפל-כמוגדר להלן:

פסיכולוג קליני או פסיכולוג שיקומי בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות והרשום בפנקס הפסיכולוגים.

עובד סוציאלי קליני בעל הסכמה בתוקף והרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על

פי חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו-1996.
 פסיכותרפיסט המזיק ברישיון פסיכולוג כאמור בסעיף א' לעיל או פסיכותרפיסט המחזיק ברישיון מומחה בתחום הפסיכיאטריה מטעם משרד הבריאות או פסיכותרפיסט בעל הסמכה לפעול כעובד סוציאלי כאמור בסעיף ב' לעיל.
 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאות טיפול פסיכולוגי אשר ניתן למבוטח בתוך תקופת הביטוח ועל ידי מטפל כהגדרתו לעיל.
 הזכאות לטיפול פסיכולוגי הינה עבור ילדים עד גיל 18 אך ורק כתוצאה מהמקרים המפורטים להלן;
 הפרעות אכילה
 אלימות במשפחה
 פגיעה מינית
 מוות של בן משפחה קרוב מדרגה ראשונה
 המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים שניתנו למבוטח בפועל וישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות הממשיות בפועל ולא יותר מאשר 120 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.14 טיפולים בכאב

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים שניתנו למבוטח בפועל וישלם למבוטח תגמולי ביטוח בסך 80% מההוצאות הממשיות בפועל ולא יותר מ 6,000 ₪ לשנת ביטוח עבור טיפולים בכאב (כגון זריקות, זריקות חומרי סיכוך למפרקים ולעמוד השדרה טיפול בגלי הלם, תא לחץ) הניתנים למבוטח בהמלצה של רופא מומחה בתחום. **הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה או טיפול באמצעות קנביס רפואי.**
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.15 חדר מלח

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים שניתנו למבוטח בפועל וישלם למבוטח תגמולי ביטוח בסך 80% מההוצאות הממשיות בפועל ולא יותר מ 1,500 ₪ לשנת ביטוח עבור טיפולים בחדר מלח הניתנים למבוטח בהמלצה של רופא מומחה בתחום.
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.16 טיפול חיסוני (אימונתרפיה) - טיפולים להפחתת/הסרת אלרגיה

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים שניתנו למבוטח בפועל וישלם למבוטח תגמולי ביטוח בסך 80% מההוצאות הממשיות בפועל ולא יותר מ 5,000 ₪ לשלוש שנות ביטוח עבור טיפולים באלרגיה הניתנים למבוטח בהמלצה של רופא מומחה בתחום. **הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.**
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח

3.17 טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים

המבטח ישתתף ב-80% מההוצאות המבוטח בגין טיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ, ו/או מכל סיבה רפואית אחרת בעת שהייה בבית חולים ו/או בבית החלמה ו/או בבית, עד לסך של 11,500 ₪ למקרה.

פרק ז' – שיפוי מחלות קשות

1. מקרה הביטוח:

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה בגין ההוצאות רפואיות כמפורט להלן, בעת גילוי אחת המחלות ו/או האירועים קשה/ים כמפורט להלן באחת מ-4 הקבוצות אשר אירע לראשונה במשך תקופת הביטוח, ולאחר גמר תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח בסכום הביטוח כקבוע להלן בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים שלהלן:

הוצאות רפואיות המכוסות בפרק זה הם ההוצאות האלו בלבד ורק לגבי טיפול/הוצאה, תשלום עבור טיפול רפואי או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח בגין מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שניתן למבוטח בישראל בגין שירותים רפואיים אלו: שירותי סיוע והשגחה על ידי אחות/ בעת אשפוז בבית חולים, תוספי מזון וויטמינים על פי הוראת רופא מומחה בלבד, התייעצויות רפואיות עם מומחים, תא לחץ, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, מכל סוג שהוא, על פי הוראת הרופא המטפל, אביזרים רפואיים מושתלים, חיצוניים או מתכלים. מבוטח אשר יחלה בסרטן כמוגדר להלן, במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי, לפני ביצוע הטיפולים הכימותרפיים לבצע הקפאה לשמירת הזרע/ביציות או שאיבת זרע/ביציות וזאת לתקופה מרבית של עד 5 שנים.

מובהר כי ההוצאות בפרק זה יהיו רק לאחר מיצוי הזכויות, אם קיימת, בכל פרקי הפוליסה האחרים.

קבוצה ראשונה

1.1 **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease) –** מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1.1.1 צהבת

1.1.2 מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות

1.1.3 שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית

1.1.4 אנצפלופטיה כבדית

1.1.5 יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלינזם

שחמת שנגרמה כתוצאה משימוש בסמים או אלקהול אינה כלולה בהגדרה זו, ולא תהווה מקרה ביטוח, פרט למקרה של שימוש על פי הוראת רופא.

1.2 **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) –** אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק מפושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות

או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

- 1.2.1 הקטנה חדה בנפח הכבד
- 1.2.2 נמק מפושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה
- 1.2.3 ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד – PT או רמות פקטורים 5 ו-7
- 1.2.4 צהבת מעמיקה

שחמת שנגרמה כתוצאה משימוש בסמים או אלקוהול אינה כלולה בהגדרה זו, ולא תהווה מקרה ביטוח, פרט למקרה של שימוש על פי הוראת רופא.

- 1.3 **השתלת כבד** – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת כבד, או ביצוע השתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו הכבד.

השתלת כבד שנגרמה כתוצאה משימוש בסמים או באלכוהול אינה כלולה בהגדרה זו ולא תהווה מקרה ביטוח, פרט למקרה של שימוש על פי הוראת רופא.

- 1.4 **מחלת ריאות חסימתית כרונית** – (Chronic Obstructive Lung Disease) – מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

- 1.4.1 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;

- 1.4.2 הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

- 1.5 **תרדמת (COMA)** – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

תרדמת שנגרמה כתוצאה משימוש בסמים או אלקוהול אינה כלולה בהגדרה זו, ולא תהווה מקרה ביטוח, פרט למקרה של שימוש על פי הוראת רופא.

- 1.6 **יתר לחץ דם ראשוני** – (PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION) – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת ע"י עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בעלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי- ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

קבוצה שנייה

- 1.7 **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

- 1.8 **טרשת נפוצה** (Multiple Sclerosis) - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 1.9 **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 3 חודשים.**
- 1.10 **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 נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, נידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 5-1-2013.
- 1.11 **חירשות** (Deafness) – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 1.12 **עיוורון** (Blindness) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 1.13 **פוליו** (שיתוק ילדים, Poliomyelitis) – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 1.14 **ניוון שרירים מסוג ALS** (Amyotrophic Lateral Sclerosis) – עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 1.15 **שיתוק** (פרפליגיה, קוודריפליגיה) (Paralysis) – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי 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).
- 1.16 **שבץ מוחי (CVA)-** כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. **כל זאת להוציא TIA.**

- 1.17 **צפדת** (טטנוס) (TETANUS)- מחלה הנגרמת ע"י חיידק CLOSTRIDUM TETANI, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- 1.18 **אילמות, אובדן דיבור** (LOSS OF SPEECH)- איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדבירו אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 1.19 **כוויות קשות** (SEVERE BURNS) – כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

קבוצה שלישית

- 1.20 **אוטם חריף בשריר הלב** - (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 כל שלושת הקריטריונים הבאים:
- 1.20.1 שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
- 1.20.2 עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים או עלייה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml ומעלה.
- 1.20.3 ובלבד שבית חולים או קרדיולוג מומחה קבעו שהמבוטח עבר אוטם חריף בשריר הלב.
- למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**
- 1.21 **ניתוח מעקפי לב** (CABG) – ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.
- 1.22 **ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב** Open Heart Surgery for Valve Replacement Or Repair - ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.
- 1.23 **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.
- 1.24 **ניתוח אבי העורקים** (Aorta) – ניתוח (לרבות צנתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר) בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.
- 1.25 **אי ספיקת כליות סופנית** (End Stage Renal Failure) – חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאלזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.
- 1.26 **השתלת איברים** (Organ Transplantation)- לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מח עצמות - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של

תורם אחר או ע"י איבר מלאכותי עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.

קבוצה רביעית

1.27 **סרטן (Cancer)** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של **Carcinoma in Situ**, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם **CIN1, CIN2, CIN3**, או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.

2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וולא אולרציות (התכייבויות)

3. מחלות עור מסוג:

א. **Hyperkeratos** ו- **Basal Cell Carcinoma** ;

ב. מחלות עור מסוג **Cell Carcinoma Squamous** אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS.

5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- **TNM T2 No Mo** Classification (כולל) או לפי **Gleason Score** עד ל-6 (כולל).

6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ-**10,000 B cell lymphocytes** ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה.

8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתת מקומית.

9. גמופתיה מוקדמת **MGUS** ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

10. **T cell lymphoma** של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- **TCCELL LY**

1.28 **השתלת מוח עצם ו/או תאי אב** – ביצוע ההשתלה בפועל של מוח עצם או תאי אב (STEAM CELLS).

1.29 **אנמיה אפלסטית חמורה (SEVERE APLASTIC ANEMIA)** - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית 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 סופר סיבית)
4. השתלת מח עצם

2. הזכות לקבלת סכום הביטוח

2.1 גילוי אחת מן המחלות הקשות או קרות אירוע רפואי חמור המוגדר והמהווה מקרה ביטוח כמתואר באחת מ- 4 הקבוצות וארע בזמן תקופת הביטוח, יזכה את המבוטח בסכום הביטוח אם קיימת אבחנה חד משמעית של רופא, מטעם המבוטח ומסמכים ונתונים רפואיים, על גילוי מקרה הביטוח וקיום התנאים המגדירים את מקרה הביטוח ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות אם נדרש מקרה הביטוח.

2.2 סכום הביטוח - המבטח ישלם בקרות מקרה הביטוח שיפוי עד 53,157 ₪ לכל סך מקרי הביטוח ביחד לכל תקופת הביטוח ובהשתתפות עצמית של המבוטח לכל הוצאה או טיפול המכוסים על פי פרק זה ובהשתתפות עצמית של 25% למבוטח.

3. חריגים מיוחדים לפרק מחלות קשות:

בנוסף לחריגים הקבועים בפוליסה ובמיוחד סייג מצב רפואי קיים, החברה לא תהיה אחראית ולא ישלם על פי פרק זה אם:

3.1 החברה תהיה פטורה מתשלום תגמולי הביטוח להוצאה שאינה רשומה במקרה הביטוח.

4. תקופת אכשרה:

תקופת האכשרה לפרק זה תהא 90 יום.

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

דף רשימה

תקופת הביטוח: 31/12/2027- 01/01/2023 (60 חודשים)

מועד תחילת הביטוח: 01/01/2023.

הממד היסודי: הממד שפורסם ביום 15/12/2022 **13317** נק'.

הפרמיות:

מבוטח	גיל	פרמיה חודשית בש"ח
עמית/ה קבע	18-25	₪ 60.00
	26-35	₪ 65.45
	36-45	₪ 65.45
	46-55	₪ 108.00
	+56	₪ 120.00
ילדים עד גיל 25	0-25	₪ 35.50
גמלאים ובני משפחתם, בני משפחה של משרתי הקבע, ילדים מעל גיל 25 ובהתאם לגילם (החל מפרמיה 18-25 ואילך)	18-25	₪ 81.80
	26-35	₪ 98.20
	36-45	₪ 98.20
	46-55	₪ 174.55
	56+	₪ 214.90

אגף הבריאות בקבוצת מדנס

טלפון: 073-2128119

פקס: 03-6380014

כתובת: רח' השלושה 2 ת"א, 67060

שעות פעילות המוקד:

ימים א'-ה' בין השעות : 08:00 - 16:00

כתובת מייל לפניות:

hvrbriut@madan.es

בנושאים שונים, מידע על הפוליסה,
הורדת טפסי הצטרפות ותביעה ועוד
היכנסו ללשונית "פיננסים" באתר "חבר"
WWW.HVR.CO.IL