



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי מכבי שירותי בריאות, קבוצת מכבי ובני משפחתם



ינואר 2022

עובדים יקרים,

אנו גאים להציג את "העיקר הבריאות" פוליסת ביטוח הבריאות הקבוצתית, לעובדי מכבי שירותי בריאות וקבוצת מכבי ובני משפחותיהם, באמצעות "הפניקס" חברה לביטוח. ההסכם עם הפניקס חודש ל-5 שנים נוספות מיום 01.01.2022 ועד 31.12.2026.

מכבי דואגת לעתידכם ולעתיד בני משפחותיכם ולכן ממשיכה להפעיל את הרובד הבסיסי בביטוח הבריאות במימון מלא לכם ולילדיכם עד גיל 25.

תכנית הביטוח החדשה, מוסדה, על רקע ניסיון העבר, מתוך מחשבה רבה והיכרות מעמיקה עם פוליסות ביטוח מגוונות המוצעות לציבור הרחב, ולנוכח שינויים ברגולציה.

מטרת התכנית היא לתת לכם - העובדים ובני משפחותיכם, מענה לצרכים רפואיים שאינם מכוסים או שמכוסים באופן חלקי במסגרת סל הבריאות ושירותי הבריאות הנוספים.

מכבי תמשיך ללוות אתכם בתהליך הטיפול בתביעות מול חברת הביטוח.

בני הזוג וילדים מעל גיל 25 ועד גיל 35 יכולים להמשיך להיות מבוטחים במחיר אטרקטיבי.

באיחולי בריאות טובה.

ריקי רשף



מנהלת היחידה לביטוח כללי

ארי אור



מנהל אגף משאבי אנוש

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
15	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
	פרקי הפוליסה:
	<u>רובד בסיס:</u>
37	פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
43	פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי
47	פרק ג' - בדיקה לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן
	<u>רובד מורחב וולונטרי :</u>
48	פרק ד' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח עם השתתפות עצמית
52	פרק ה' - שירותים רפואיים אמבולטוריים בישראל
55	פרק ו' - פרמיות - צמודות למדד הבסיס

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (בכפוף לתקנון גילוי נאות)

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מכבי שירותי בריאות וקבוצת מכבי ובני משפחותיהם.
	2. שם בעל פוליסה	מכבי שירותי בריאות וקבוצת מכבי .
	3. הכיסויים בפוליסה	כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות.
		<u>חבד בסיס:</u> פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי פרק ג' - בדיקה לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן <u>חבד הרחבה:</u> פרק ד' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח עם השתתפות עצמית של 2,000 ש"ח פרק ה' - שירותים רפואיים אמבולטוריים בישראל
	4. משך תקופת הביטוח (הקבוצתי)	01.01.2022 – 31.12.2026 (5 שנים)
	5. המשכיות (לפוליסת פרט)	קיימת במקרים של: תום תקופת הביטוח הקבוצתי (ס' 7.1.1), - סיום עבודתו של העובד שלא לצורך פרישה לגמלאות (ס' 7.1.3), העדר זיקה למבוטח עקב גירושין (ס' 7.1.4), פטירת עובד וזכאות בני משפחתו להמשכיות (ס' 7.1.5) הגעת ילדו של העובד לגיל 35 שנה (ס' 7.1.6) אי חידוש הסכם עבור חלק מהמבוטחים (ס' 8).
	6. תנאים לחידוש אוטומטי	אין.
	7. השתתפות עצמית	קיימת, כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות.

נושא	סעיף	תנאים
	8. תקופת אכשרה	90 יום - ניתוחים פרטיים בישראל מסלול שב"ן ושירותים רפואיים נלווים לניתוחים 12 חודשים – ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה.
שינוי תנאים	9. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	בהתאם להסכמות המבטח עם בעל הפוליסה ובמתן הודעה למבוטח תוך 60 ימים לפני מועד השינוי (ס' 24.1) ובהתאם לדרישות הוראות רגולטוריות. (ס' 22)
פרמיות	10. גובה הפרמיה	רובד בסיס:
		המבוטח (גילאים) פרמיה בש"ח
		עובד וילדיו שטרם מלאו להם 25 שנה
		21.38 ₪
		ילד של עובד שגילו מעל 25 ושטרם מלאו לו 35 שנה
		21.38 ₪
		בן/ בת זוג של עובד
		32.07 ₪
		גמלאי
		29.96 ₪
		בן/ בת זוג של גמלאי
		44.90 ₪
		נכד (ילד של ילד בוגר שגילו מעל 25 וטרם מלאו לו 35)
		7.99 ₪
		רובד מורחב:
		המבוטח (גילאים) פרמיה בש"ח
		מבוטח שטרם מלאו לו 25 שנה
		16.49 ₪
		מבוטח שגילו מעל 25 ושטרם מלאו לו 45 שנה
		49.95 ₪
		מבוטח מעל גיל 45
		74.93 ₪
		גמלאי, בן/ בת זוג של גמלאי
		26-45 +45
		69.93 ₪ 104.90 ₪
		*הפרמיות המופחתות של רובד ההרחבה החל מיום 1/4/2021.
	11. מבנה הפרמיה	צמודת מדד.

נושא	סעיף	תנאים
	12. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	בהתאם למוסכם וחתום בין שני הצדדים.
תנאי ביטול	13. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	כל מבוטח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. (ס' 7).
	14. תנאי ביטול ע"י בעל הפוליסה	בהודעה מוקדמת של 120 יום (ס' 4.2).
	15. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	עקב אי תשלום דמי ביטוח (ס' 23) או במקרה של אי גילוי
חריגים	16. החרגה בגין מצב רפואי קיים	קיימת (ס' 14).
	17. סייגים לחבות המבטחת	כמפורט בס' 15, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: תרופות (ס' 6), בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת סרטן (ס' 3), ניתוחים פרטיים בישראל מסלול שב"ן ושירותים רפואיים נלווים לניתוחים (ס' 7) שירותים אמבולטוריים בישראל (ס' 4).

ההפניות בחלק א' הינן לסעיפים בפרק התנאים כלליים בפוליסה אלא אם צוין אחרת.

חלק ב': לוח 2 - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
רובד בסיס					
פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
שיפוי להשתלה	ללא תקרה- אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה. 3,996,122 ₪ - אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיפוי בגין טיפול מיוחד בחו"ל	ללא תקרה - אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה. 799,224 ₪ (כולל ההוצאות הנלוות לפי ס' 4)- אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיפוי בגין הערכה רפואית לפני ביצוע השתלה/טיפול מיוחד בחו"ל	149,855 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות אשפוז בחו"ל	365 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; 365 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
הוצאות בגין טיפול רפואי במסגרת האשפוז	שיפוי מלא עבור: שכר צוות רפואי והוצאות חדר ניתוח, בדיקות רפואיות, בדיקות מעבדה, תרופות, בדיקות פתולוגיות, טיפולים פיזיותרפיים, הוצאות שתל ושכר אחות פרטית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות איתור איבר להשתלה	199,806 ₪ למבוטח ולמלווה אחד.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הטסה רפואית	99,903 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות שהייה בחו"ל	999 ₪ ליום למבטח ולמלווה אחד. לקטין- 1,399 ₪ ליום ועד 300,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיפולי המשך בארץ או בחו"ל	99,903 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיפול תרופתי מיוחד בארץ	99,903 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הטסת גופה לישראל	ללא תקרה אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
גמלת החלמה בעקבות השתלה (למעט השתלת מח עצם)	תשלום חודשי של 4,995 ₪ למשך 24 חודשים מיום ההשתלה או פיצוי חד פעמי בגובה 95,907 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
הוצאות להשתלה / טיפול מיוחד אשר לא בוצע בפועל	שיפוי מלא לכלל ההוצאות עד לסכומי התקרה המצוינים בס' 4.4.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	119,884 ₪ למקרה ביטוח אחד.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
חוזר מס' 1-1-2009: סעיף 2.ב.: בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים- התשס"ח, 2008 ("החוק"), ובכלל זה אם התקיימו כל אלה : (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה. (2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.					

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
------------------------	--------------	----------------	-------------------------------------	--	--------------------------

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי

תרופות	התרופות הנכללות (כמפורט בס' 3 בפרק התרופות):	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
1. תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת האחת מהמדינות המפורטות בסעיף 3.1 לפוליסה. 2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 3.2 לפוליסה. 3. תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL. 4. תרופה למחלה יתומה. 5. תרופה מותאמת אישית עפ"י תקנה 29 א'.					
פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר

תקרת כיסוי	2,997,091 ₪ למשך כל תקופת ההסכם. 799,224 ₪ לתרופה המותאמת אישית לכל תקופת ההסכם.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
סכום השתתפות העצמית	300 ₪ למרשם לחודש ועד 599 ₪ לכלל המרשמים לחודש. אם המבוטח זכאי לתרופה במסגרת קופת החולים או השב"ן ונדרש בהשתתפות עצמית בלבד, השיפוי יהא בניכוי 300 ₪ לתרופה. לא תחול השתתפות עצמית לתרופות שעלותן הכוללת לחודש הינה מעל 4,995 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות לטיפול כרוך למתן תרופה	שיפוי בגובה התשלומים ששולמו בפועל בלבד.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק ג' – בדיקה לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן					
הוצאות הבדיקות המפורטות בפרק זה.	80% מההוצאה של המבוטח בפועל ועד 15,984 ₪ לכל תקופת הביטוח.	שיפוי או פיצוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
------------------------	--------------	----------------	-------------------------------------	--	--------------------------

רובד מורחב (וולונטרי): פרק ד' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח עם השתתפות עצמית של 2,000 ש"ח					
התייעצות עם רופא מומחה אשר בהסכם עם השב"ן	3 התייעצויות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/ מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: (1)נותן שירות שבהסכם. (2)נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שכר מנתח; הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות אשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול מחליף ניתוח בישראל	כיסוי עבור טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: (1)נותן שירות שבהסכם. (2)נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר

התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסדר עם השב"ן	999 ₪ להתייעצות בהשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	לא
ביצוע ניתוח עם נותן שירות שאינו בהסדר עם השב"ן	במקרה בו עלות הניתוח מעל 2,000 ₪ - יישא המבוטח בהשתתפות עצמית של 2,000 ₪ לכל תביעה.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פרק ה' – שירותים רפואיים אמבולטוריים בישראל					
פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
התייעצות עם רופא מומחה	999 ₪ להתייעצות. 3 התייעצויות לשנת ביטוח. הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה, רופא ילדים ורופא נשים. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות רפואיות אבחנתיות שאינן קשורות לניתוח	6,394 ₪ לכל בדיקה ולסך של 15,000 ₪ לשנת ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול פיזיותרפיה עפ"י הוראת מומחה	עד 12 טיפולים לשנת ביטוח ועד 215 ₪ בגין כל טיפול ועד תקרה כוללת בסך 2,597 ש"ח לשנת ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

בדיקות גנטיות מניעתיות לצורך אבחון	5,295 ₪ לכל תקופת הביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפולים פסיכותרפיים	עד 10 טיפולים לשנת ביטוח. ועד 150 ₪ לטיפול.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

• תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח וכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח- יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.

• הסכומים הנקובים בגילוי הנאות צמודים למדד הנקוב בפוליסה. הפרמיות וסכומי הביטוח הנקובים בגילוי הנאות נכונים ליום הוצאת הפוליסה בלבד ויתעדכנו בהתאם למדד הפוליסה ("מדד").

• בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

- (1) ביטוח תחליפי – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).
- (2) ביטוח משלים – ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.
- (3) ביטוח מוסף – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.
- (4) שיפוי – תגמולי הביטוח המשולמים בעת קרות מקרה הביטוח, כגובה ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל ובלבד שלא יעלו על תקרת סכום הביטוח הנקוב בפוליסה.
- (5) פיצוי – תגמולי הביטוח המשולמים בעת קרות מקרה הביטוח, אשר סכומיהם נקבעו מראש בפוליסה, ללא קשר להוצאות שהוציא המבוטח בפועל. יצוין כי ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן.

• המבוטח זכאי לקבל מאת הפניקס פירוט תגמולי הביטוח באמצעות המוקד הטלפוני 3455* או 03-7332222 או באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

"העיקר הבריאות" - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לעובדי מכבי שירותי בריאות, קבוצת מכבי ובני משפחתם

פרק כללי - תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה

1. מבוא

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן תבטח החברה בפוליסה קבוצתית את המבוטח, תשפה או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרת, בכפוף להוראות ולסייגים המפורטים להלן בגבולות אחריות המבטח ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על סכום הביטוח, הכל בכפוף לאמור בפוליסה זו.

1.1 המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הפרקים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.

1.2 כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד ואין בהן כדי לשמש לפרשנותו של הסכם זה.

1.3 בכל האמור בהסכם זה מילים האמורות בלשון זכר משמען נקבה ומילים הבאות בלשון נקבה משמען גם זכר.

2. הגדרות

בהסכם זה ובכל פרק המצורף אליו תהיה למונחים הבאים המשמעות הבאה:

2.1 "מכבי שירותי בריאות" - מכבי שירותי בריאות.

2.2 "קבוצת מכבי" - הגופים הבאים: קרן מכבי, מכבידנט בע"מ, מכבי יזמות וניהול בע"מ, קבוצת מכבי אחזקות בע"מ, שפע מועדון לקוחות מכבי לבריאות ואיכות חיים בע"מ, בית בלב בע"מ.

2.3 "מכבי" - "מכבי שירותי בריאות" ו"קבוצת מכבי" כמוגדר לעיל.

2.4 "בעל הפוליסה" - מכבי שירותי בריאות ו/או כל חברה מקבוצת מכבי

כהגדרתה לעיל, בהתאם לשייכותו של העובד המבוטח.

2.5 "עובד קיים" - עובד שכיר המועסק במישרין על ידי בעל הפוליסה, וצבר ותק של לפחות שנה במעמד זמני או קבוע, ובכלל זה מי שנמצא בחופשת לידה עפ"י חוק או כנהוג אצל בעל הפוליסה, ו/או מי שהינו בחופשה ללא תשלום שאינה עולה על 13 חודשים, בתנאי שאושר ע"י בעל הפוליסה כעובד קיים, או מי שהינו גמלאי, בכפוף להוראות סעיף 9 להלן ובתנאי שהביטוח בגינו לא בוטל כאמור בהוראות סעיף 7 להלן.

2.6 "עובד חדש" – אחת משתי האפשרויות הבאות:

- 2.6.1 עובד שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הסכם זה.
- 2.6.2 עובד קיים החוזר לעבודה לאחר תקופת היעדרות העולה על 13 חודשים כגון חל"ת במהלכה בחר העובד שלא לשמור על הרצף הביטוחי, בתנאי שאושר ע"י בעל הפוליסה כי שמו מופיע ברשימת המבוטחים, בכפוף להוראות סעיף 9 להלן ובתנאי שהביטוח בגינו לא בוטל כאמור בהוראות סעיף 7 להלן.

2.7 "עובד חוזר" – עובד קיים או עובד חדש, אשר היה מבוטח על פי הסכם זה והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו במהלך תקופת עבודתו אצל בעל הפוליסה.

2.8 "עובד" – עובד קיים ו/או עובד חדש ו/או עובד חוזר.

2.9 "בן/בת זוג" - בן/בת הזוג של עובד מכבי, בתנאי שהצטרף לביטוח כאמור בסעיף 5 להלן, בכפוף להוראות סעיף 9 להלן ובתנאי שהביטוח בגינו לא בוטל כאמור בהוראות סעיף 7 להלן. כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ בציבור, בני/ות זוג החולקים חיים משותפים, חבר/ה המתגוררים יחד עם העובד/ת והחולקת/ת עמו/ה חיים משותפים. למען הסר ספק, לעניין זה יחשבו בני/בנות זוג גם זוגות, בהם שני בני הזוג הינם מאותו המין.

2.10 "ילד" – ילד/ה של עובד מכבי ו/או ילד של בן/בת זוג של עובד, כולל ילד אומנה, שצורף לביטוח על ידי בעל הפוליסה וגילו אינו עולה על 35 שנה, בכפוף להוראות סעיף 9 להלן ובתנאי שהביטוח בגינו לא בוטל כאמור בהוראות סעיף 7 להלן. מודגש כי עובד מכבי, כמוגדר לעיל לא יוגדר כילד במשמעות סעיף זה, גם אם טרם מלאו לו 25 שנה.

2.11 "גמלאי" – מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת בגינו אחת מאלה:
(1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, לפיו תשלום קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפניה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה במשך כל ימי חייו;
(2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מהעבודה, מקופת המעסיק או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

2.11.1 "גמלאי מכבי-עתידיים" - עובדי מכבי המבוטחים על פי הפוליסה בהסכם זה, אשר יפרשו מעבודתם לאחר תחילת הסכם זה במהלך תקופת ההסכם.

- 2.11.2 **"גמלאי מכבי-ותיקים"** – גמלאי שהיה עובד מכבי ופרש ממנה לגמלאות טרם תחילת הסכם זה, ואשר ביטח עצמו במסלול גמלאי בפוליסה הקודמת.
- 2.12 **"מבוטח"** - כל מי שזכאי לכיסוי ביטוחי על פי הפוליסה בהסכם זה, בין אם באופן אובליגטורי כעובד ובין אם באופן וולונטרי לאחר שרכש את הפוליסה מתוקף זכאותו כעובד או כבן/בת זוג של עובד, או כילד של עובד או כגמלאי או כבן/בת זוג של גמלאי או כילד של גמלאי.
- 2.13 **"מבוטח קיים"** – מבוטח כהגדרתו בסעיף 2.12. לעיל שהיה מבוטח ב"פוליסה הקודמת" ביום הקודם למועד תחילת הפוליסה.
- 2.14 **"גיל המבוטח"** – יקבע על פי שנתון לידה, כך שיראו את המבוטח כיליד שנה מסוימת כאילו נולד ביום ה-1 לחודש שבו חל יום הולדתו של המבוטח.
- 2.15 **"פוליסה" או "הסכם הביטוח" או "ההסכם"** - חוזה ביטוח זה, שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל פרק ו/או תוספת המצורפים לו.
- 2.16 **"פוליסה קודמת"** – פוליסת "העיקר הבריאות" פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית בין בעל הפוליסה לפניקס חברה לביטוח אשר הסתיימה ביום 30.06.2018 והוארכה עד ליום 30.9.2018 בהסכמת שני הצדדים.
- 2.17 **"מועד תחילת ההסכם"** - 01.10.2018.
- 2.18 **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה במועד תחילת ההסכם והמתחדשת מאליה כל 12 חודשים.
- 2.19 **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
- 2.20 **"המדד היסודי"** - המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה שפורסם ב-15.9.2018 שהינו 12377 נקודות.
מדד חוברת עדכנית לפי מדד 4/2021 שפורסם ביום 15/3/2021 לפי 12365 נק'.
- 2.21 **"המדד הקובע"** - המדד הידוע במועד ביצוע תשלום כלשהו על פי הסכם זה.
- 2.22 **"דמי ביטוח"** - פרמיה שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח לפי תנאי הפוליסה ו/או פרמיה שמצטרפים וולונטריים ישלמו ישירות למבטח על פי הכיסוי הביטוחי והגיל לפי תנאי הפוליסה.
- 2.23 **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמוגדר בכל פרק מפרקי הסכם הביטוח, אשר התקיימותה מקנה למבוטח זכות ו/או זכויות על פי ביטוח זה.
- 2.24 **"סכום הביטוח"** - הסכום המרבי שהמבטח מתחייב לשלם בגין כל אחד ממקרי הביטוח כמצוין בכל פרק מפרקי הפוליסה.
- 2.25 **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך

הצטרפותו לביטוח, ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק מפרקי הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.

- 2.26 "מצב רפואי קודם"** - מערכת נסיבות רפואיות, כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בהליך של הליך אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 2.27 "סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מצב רפואי קודם ואשר ארע למבטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.28 "בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים אשר ברישיונו היתר לבצע ניתוח או פעולה כנדרש על פי הענין, להוציא מוסד שהוא סנטורים (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 2.29 "בית חולים פרטי"** - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר לעיל שאינו בבעלות המדינה 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 קופ"ח או כל גוף ציבורי אחר אשר מבצע פעילות רפואית פרטית במסגרת מוסדרת.
- 2.30 "מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 2.31 "ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה שומרון וחבל עזה אשר בשלטון ישראל.
- 2.32 "חו"ל"** - כל מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 2.33 "נותן שירות שבהסכם"** - מנתח, בית חולים וכל רופא ו/או כל גוף אחר עמו קשורה או תתקשר "החברה" בהסכם בקשר לביטוח זה, ובלבד שהיה צד להסכם עם "החברה" במועד הגשת התביעה.
- 2.34 "נותן שירות שאינו בהסכם"** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר שהחברה אינה קשורה עימו במועד הגשת התביעה.
- 2.35 "רופא מומחה"** - רופא שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים, ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), תשל"ג – 1973.
- 2.36 "אשפוז"** - שהייה בחדר בבית חולים. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום) יחשב כאשפוז לכל דבר.
- 2.37 "טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי שלא אושר על ידי רשויות הבריאות המוסמכות

באף לא אחת מהמדינות הבאות: ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד הארופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

2.38 "המוטב" - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשי החוקיים של המבוטח.

2.39 "קופת חולים" - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם; להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

2.40 "סל הבריאות" - משמעו סל הבריאות הממלכתי הכולל את מחויבות המדינה לתושביה על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, כפי שפורטה בתוספת השנייה לחוק זה ובכל הפרקים, התוספות והתיקונים שפורסמו מאז חקיקתו, הניתנת ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חבריה, כולם או חלקם, בכל מסגרת אחרת.

2.41 "שירותי בריאות נוספים (שב"ן)" - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

2.42 "חוק חוזה ביטוח" - חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.

2.43 "חוק הבריאות" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.

3. תוכנית הביטוח/מהות הביטוח

3.1 התוכנית הביטוחית מורכבת משני רבדים כמפורט להלן: רובד בסיס, רובד מורחב.

3.2 רובד בסיס-

3.3 רובד אובליגטורי לעובד אשר אישר הצטרפותו ולכל ילדיו עד גיל 25 כהגדרתם לעיל.

רובד וולונטרי לבן/בת זוג של עובד לילדיהם מעל גיל 25 ועד לגיל 35 שנה, לגימלאים ולבן/בת זוג של גימלאי כמפורט להלן:

פרק	מהות הכיסוי
א'	השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
ב'	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי
ג'	בדיקות וטיפולים לאיפיון מחלת הסרטן

3.3.1 מי שאין לו שב"ן במועד קרות מקרה הביטוח, בין אם הצטרף לביטוח

מבלי שהיה חבר בשב"ן של קופתו ובין אם ביטל את השב"ן מסיבה כלשהיא במהלך תקופת ההסכם, ישולמו לו תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח ברובד הבסיס, בקיזוז השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 3.4.5 להלן, למעט אם נאמר אחרת.

3.3.2 מבוטח החבר בשב"ן של קופתו, אשר אינו זכאי לתגמולים מהשב"ן של קופתו בגלל שמקרה הביטוח אינו נכלל בתוכנית השב"ן של קופתו, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת המתנה כמוגדר בתקנון השב"ן של קופתו, או היותו חייל וכיוב', בקרות מקרה הביטוח, יהא זכאי לכיסוי מלא מהמבטח על פי תגמולי הביטוח ברובד הבסיס שעל פי הסכם זה.

3.3.3 מבוטח החבר בשב"ן של קופתו ונמצא במצב של פיגור תשלומים או הפסיק תשלומיו לשב"ן יהא רשאי לבחון אפשרות בקופתו לשלם את חובו לשב"ן ובמידה ויוסדר חובו יהיה זכאי לכיסוי כבעל שב"ן. במידה ולא ישלם את חובו לשב"ן, ו/או לא ניתן להסדיר החוב בהתאם לתקנון השב"ן של קופתו, ייחשב לעניין הכיסוי בהסכם זה כמי שאין לו שב"ן כאמור בסעיף 3.4.2 לעיל.

3.3.4 **השתתפות עצמית למבוטח שאין לו שב"ן בקרות מקרה הביטוח**
מבוטח אשר במועד קרות מקרה הביטוח אינו חבר בשב"ן של קופתו יחולו לגביו ההשתתפויות העצמיות כמפורט בטבלה שלהלן:

הכיסוי הביטוחי	גובה השתתפות עצמית בש"ח לכל מקרה ביטוח
השתלות בחו"ל	70,000 ₪
טיפולים מיוחדים בחו"ל	30,000 ₪
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי	3,000 ₪ לחודש

3.4 רובד מורחב-

3.4.1 וולונטרי לעובד, לבן/בת זוג וילדיהם עד גיל 35, גמלאי ולבן/בת זוג של גמלאי וילדיהם עד גיל 35 אשר היו חברים בשב"ן של קופתם במועד הצטרפות לרובד זה, ומבוטחים ברובד הבסיס.

פרק	מהות הכיסוי
ד'	ניתוחים פרטיים בישראל מסלול שב"ן ושירותים רפואיים נלווים לניתוחי עם השתתפות עצמית של 2,000 ש"ח
ה'	שירותים רפואיים אמבולטוריים בישראל: התייעצויות, בדיקות רפואיות אבחנתיות, בדיקות גנטיות מניעתיות, טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים פסיכותרפיים.

3.4.2 מי שהיה חבר בשב"ן באחת מקופות החולים במועד הצטרפות לרובד המורחב, והוא בוטל מסיבה כל שהיא/או שנמצא בתקופתו

המתנה כמוגדר בתקנון השב"ן של קופתו, יוכל לבחור באחת מהאפשרויות הבאות:

3.4.2.1 הכיסוי על פי רובד המורחב, ישולם לו בקיזוז השתתפות עצמית בגובה הזכויות שהיו מגיעות לו אם היה מבטוח על פי השב"ן בו היה חבר.

3.4.2.2 או לחילופין, יוכל לרכוש אצל המבטוח תכנית לכיסוי הגמלאות שברובד המורחב מהשקל הראשון בביטוח פרט אצל המבטוח, תוך 60 ימים ממועד ביטול השב"ן בקופתו, על פי גילו באותה העת, תוך שמירה על רצף ביטוחי וללא הצהרת בריאות וחיתום.

3.4.3 מבטוח החבר בשב"ן של קופתו, אשר אינו זכאי לתגמולים בשב"ן שלו בשל היותו חייל בסדיר ו/או צבא קבע, יהא זכאי לכיסוי מלא על פי תגמולי הביטוח ברובד המורחב שעל פי הסכם זה.

3.4.4 מבטוח החבר בשב"ן של קופתו ונמצא במצב של פיגור תשלומים יהא רשאי לבחון אפשרות בקופתו לשלם את חובו לשב"ן ובמידה ויוסדר חובו יהיה זכאי לכיסוי כבעל שב"ן. במידה ולא ישלם את חובו לשב"ן, ו/או לא ניתן להסדיר החוב בהתאם לתקנון השב"ן של קופתו, ייחשב לעניין הכיסוי בהסכם זה כמי שאין לו שב"ן כאמור בסעיף 3.5.2 לעיל.

4. תקופת הסכם הביטוח

4.1 תקופת הסכם הביטוח שעל פי פוליסה זו תהא למשך 60 חודשים, ותחילתה מיום 01.01.2022 והיא תסתיים ביום **31.12.2026** הצדדים יהיו רשאית לחדש את הפוליסה לתקופה נוספת בת 5 שנים וזאת בהודעה של 120 ימים לפני סיומה ובכפוף להסכמה של הצד שקבל את ההודעה.

4.2 לבעל הפוליסה תהא הזכות לבטל בכל עת את הביטוח מכל סיבה שהיא, בהודעה מוקדמת של 120 יום.

4.3 מודגש כי במקרה של גמר תקופת ההתקשרות בביטוח זה לפי סעיף 4.1 וסעיף-4.2, ישמרו לכל המבטוחים במועד הפסקת הביטוח, רצף ביטוחי קבוע בסעיף 8 להלן.

4.4 פחת מספר המבטוחים בהסכם מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4.5 עובד שייצא לגמלאות במהלך תקופת הביטוח, יחולו לגביו הוראות סעיף 7.3 להלן.

5. הצטרפות לתוכנית הביטוח

5.1 **מבטוחים קיימים בפוליסה הקודמת**- כל המבטוחים כהגדרתם בסעיף 2.12 לעיל אשר היו מבטוחים בפוליסה הקודמת ביום הקודם למועד תחילת פוליסה זו יעברו ברצף ביטוחי מלא לפוליסה זו, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, כל מבטוח בהתאם לתוכנית בה היה מבטוח (רובד בסיס ורובד מורחב). במידה ועל

פי חוק נדרש אישור המבוטח על המשך הכיסוי 'בוצע הדבר על ידי המבטח תוך שיתוף פעולה של בעל הפוליסה. רצף ביטוחי מלא משמעותו לסעיף זה כי לצורך בדיקת מצב רפואי קודם ומניין תקופת האכשרה יראו את מועד צירופו של המבוטח להסכם ביטוח זה כמועד צירופו לפוליסה הקודמת וזאת עבור כל הכיסויים הקיימים בפוליסה. יובהר כי מבוטח אשר מילא הצהרת בריאות ונקבעו לו החרגות רפואיות ימשיכו החרגות אלו לחול גם בפוליסה זו.

5.2 הצטרפות עובד חדש וילדיו עד גיל 25 שנה לרובד הבסיס

עובד חדש וכל ילדיו עד גיל 25 שנה יצורפו על ידי בעל הפוליסה לרובד הבסיס החל ממועד תחילת זכאותו של העובד להצטרף לביטוח כפי שנקבע על ידי בעל הפוליסה (להלן "מועד הזכאות להצטרפות"), ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי. על העובד בלבד לא יחול חריג מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 14 להלן, ועל ילדיו עד גיל 25 שנה יחול חריג מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 14 להלן, וכל זאת בתנאי כי אישר העובד את הצטרפותו ואת ניכוי המס בגין ההטבה משכרו. וזאת במהלך 120 יום ממועד הזכאות להצטרפות.

הצטרפות כאמור לרובד הבסיס לאחר 120 יום ממועד הזכאות להצטרפות, תהיה לאחר מילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובכפוף לתנאי חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 14 להלן.

5.3 הצטרפות בן/בת זוג של עובד חדש לרובד הבסיס

5.3.1 הצטרפות כאמור לרובד הבסיס במהלך 120 יום ממועד הזכאות להצטרפות תהיה לאחר מילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובכפוף לתנאי חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 14 להלן.

5.3.2 הצטרפות כאמור לרובד הבסיס לאחר 120 יום ממועד הזכאות להצטרפות, תותנה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת אשר תקבע את תנאי הקבלה/אי קבלה לביטוח.

5.4 הצטרפות עובד חדש בן/בת זוג וילדים עד גיל 25 שנה לרובד המורחב

5.4.1 הצטרפות כאמור לרובד המורחב במהלך 120 יום ממועד הזכאות להצטרפות תהיה לאחר מילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובכפוף לתנאי חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 14 להלן.

5.4.2 הצטרפות כאמור לרובד המורחב לאחר 120 יום ממועד הזכאות להצטרפות, תותנה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת אשר תקבע את תנאי הקבלה/אי קבלה לביטוח.

5.5 הצטרפות ילדים מעל גיל 25 שנה ועד גיל 35 שנה

הצטרפות כאמור תותנה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת אשר תקבע את תנאי הקבלה/אי קבלה לביטוח.

5.6 הצטרפות עובד חוזר ובני משפחתו

הצטרפות עובד חוזר ובני משפחתו לרובד הבסיס, ולרובד המורחב הינה וולונטרית ותותנה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מלאה ובחיתום רפואי אשר יקבעו את תנאי קבלתם/אי קבלתם לביטוח.

5.7 הצטרפות בן/בת זוג של עובד/ת שנישאה במהלך תקופת הביטוח

5.7.1 הצטרפות כאמור לרובד הבסיס ולרובד המורחב במהלך יום ממועד הנישואין תהיה לאחר מילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובכפוף לתנאי חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 14 להלן.

5.7.2 הצטרפות כאמור לרובד הבסיס והמורחב לאחר 120 יום ממועד הנישואין תותנה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת אשר תקבע את תנאי הקבלה/אי קבלה לביטוח.

5.8 הצטרפות גמלאי מכבי – ותיקים ובני משפחותיהם

מי שהיה מבוטח כגמלאי או בן משפחה של גמלאי בפוליסה הקודמת, ימשיך להיות מבוטח כמפורט בסעיף 5.1 לעיל.

עובד שיפרוש לגמלאות במהלך תקופת הביטוח, יחולו לגביו הוראות סעיף 7.3 להלן.

5.9 הצטרפות תינוק –

5.9.1 הצטרפות לרובד הבסיס

תינוק אשר נולד לעובד המבוטח ברובד הבסיס ויצורף לרובד הבסיס תוך שנה ממועד לידתו - יהא מבוטח החל ממועד לידתו ובכפוף לתנאי חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 14 להלן.

אחרת מותנה הצירוף במילוי הצהרת בריאות מקוצרת ובחיתום רפואי אשר יקבעו את תנאי קבלתו לביטוח.

5.9.2 הצטרפות לרובד המורחב – הצטרפות לרובד המורחב במהלך חצי שנה ממועד הלידה תהיה לאחר מילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובכפוף לתנאי חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 14 להלן.

5.9.3 הצטרפות לרובד המורחב לאחר חצי שנה ממועד הלידה תותנה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת אשר תקבע את תנאי הקבלה/אי קבלה לביטוח.

5.10 המשך הביטוח בעת הגיע הילד המבוטח לגיל 25 שנה-

הגיע ילד מבוטח במהלך תקופת הסכם זה לגיל 25 שנה, ימשיך הביטוח בגינו ברצף ביטוחי מלא תמורת תשלום אישי של דמי ביטוח כמפורט בסעיף 9 להלן. וזאת עד הגיעו לגיל 35 שנה. במועד זה, תופסק זכאותו לביטוח בתכנית ביטוח זו והוא יוכל להצטרף לתכנית ביטוח פרט אצל המבטח כמוגדר בסעיף 8.1 בפוליסה.

5.11 עובד ו/או בני משפחתו, שהיו מבוטחים לפני צירופם לפוליסה זו, בביטוח בריאות קולקטיבי או בביטוח בריאות פרטי בכל חברת ביטוח בישראל (להלן: "פוליסה אישית קודמת"), אשר מבקשים לעבור מהפוליסה האישית הקודמת לפוליסה זו במהלך 180 ימים ממועד הזכאות להצטרפות לפוליסה זו, יצורפו לתוכנית הביטוח ברצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים חופפים שהיו קיימים בפוליסה האישית הקודמת. על מנת לממש רצף ביטוחי זה יעביר המבוטח למבטח מסמך המאשר את היותו מבטוח בפוליסה האישית הקודמת עד ליום תחילת ביטוח זה, וכן את הכיסויים בהם היה מבטוח במסגרת הפוליסה האישית הקודמת ממנה הוא מבקש לעבור ברציפות. "רצף ביטוחי מלא" משמעותו לסעיף 5.10 לעיל היעדר תקופת אכשרה ומצב רפואי קודם עבור כיסויים חופפים שהיו קיימים בפוליסה האישית הקודמת וקיימים גם בביטוח זה. לצורך בדיקת מצב רפואי קודם יראו את מועד צירופו של המבוטח להסכם ביטוח זה כמועד צירופו לפוליסה האישית הקודמת שהייתה ברשותו. במידה ולמבוטח קיימות החרגות רפואיות, יבטלו לאחר שנה ממועד הצטרפותו לפוליסה זו, אם גילו עד 65 שנה, או לאחר חצי שנה ממועד הצטרפותו לפוליסה זו, אם גילו עולה על 65 שנה.

5.12 לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

5.13 סעיף 5.12 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

5.13.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים

לפחות לפני מועד חידושה.

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

6. תחילת הביטוח

6.1 יום תחילת הביטוח עבור מבטח קיים יהא מועד תחילת ההסכם.

6.2 יום תחילת הביטוח לעובד חדש הינו המועד בו מועסק העובד במכבי שנה במעמד זמני ו/או מועד קבלת מעמד קבוע המוקדם מביניהם וצירופו של העובד ע"י בעל הפוליסה והכל בהתאם להחלטת בעל הפוליסה, ולאחר קבלת אישור העובד בכתב להצטרפות.

6.3 לגבי מבטח אשר נדרש למלא הצהרת בריאות ולעבור חיתום רפואי בעת הצטרפותו לביטוח, יהיה מועד תחילת הביטוח לתוכנית הביטוח ברבדים שנבחרו על ידו, כדלהלן:

אם הסתיימו הליכי החיתום עד ל- 15 לחודש - יהיה מועד תחילת הביטוח ב- 1 לחודש בו הסתיימו הליכי החיתום.

אם הסתיימו הליכי החיתום לאחר ה- 15 לחודש יהיה מועד תחילת הביטוח ב- 1 לחודש העוקב.

6.4 לגבי מבטוח אשר נדרש למלא הצהרת בריאות ולעבור חיתום רפואי בעת הצטרפותו לביטוח, המבטוח יעביר בכתב למבטוח את תנאי החיתום עבורו בתוך 30 ימים מהמועד בו הועברו למבטוח כל המסמכים הדרושים.

7. תום הביטוח והפסקתו

7.1 תום הביטוח עבור מבטוח יהיה לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

7.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח כהגדרתו בסעיף 4 לעיל. מודגש כי המבטוח מתחייב לשלוח למבטוחים על פי פוליסה זו הודעה בכתב 30 יום לפני תום תקופת הסכם הביטוח. במועד זה יהיו המבטוחים ערב תום תקופת ההסכם זכאים להמשיך את הביטוח בתכנית פרט המקובלת אצל המבטוח. המבטוח יודיע לכל מבטוח בכתב על זכאותו זו ויאפשר לו להצטרף לביטוח.

7.1.2 היום האחרון בחודש בו הודיע המבטוח למבטוח בכתב בדבר רצונו בהפסקת ביטוחו על פי הסכם זה. במועד זה יסתיים הביטוח גם עבור בני משפחת העובד במידה והיו מבטוחים עימו על פי תנאי הסכם זה.

7.1.3 היום האחרון בחודש בו סיים העובד את עבודתו אצל בעל הפוליסה שלא לצורך פרישה לגמלאות. במועד זה יסתיים הביטוח גם עבור בני משפחת העובד שהיו מבטוחים עימו על פי תנאי הסכם זה. במועד זה יהיו המבטוחים ערב סיום עבודת העובד אצל בעל הפוליסה זכאים להמשיך את הביטוח כמפורט בסעיף 7.1.1. להלן.

7.1.4 היום האחרון בחודש בו הודיע העובד על גירושין והציג אסמכתא להודעה - במועד זה יסתיים הביטוח עבור בן/בת הזוג של העובד. ילדיו של העובד ימשיכו להיות מבטוחים ללא שינוי. במועד זה יהיו בן/בת הזוג של העובד ערב הגירושין זכאים להמשיך את הביטוח כמפורט בסעיף 7.1.1. להלן.

7.1.5 היום האחרון בחודש בו בעל הפוליסה ו/או בני משפחת העובד הודיעו על פטירה (ח"ח) של העובד. במועד זה יהיו בני המשפחה המבטוחים ערב הפטירה זכאים להמשיך את הביטוח כמפורט בסעיף 8 להלן.

7.1.6 היום האחרון בשנה הקלנדארית בה הגיע ילדו של העובד לגיל 35 שנה. במועד זה יהיה זכאי ילדו של העובד להמשיך את הביטוח כמפורט בסעיף 8 להלן. המבטוח יודיע למבטוח בכתב על זכאותו זו. כל מבטוח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח.

7.2 הפוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 7 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטוח פרמיה בעד המבטוח בשל כיסויים אלה.

7.3 פרישה לגמלאות

עובד הפורש לגמלאות ("גמלאי מכבי - עתידיים" כהגדרתם בסעיף 2.11.1 לעיל) וכל בני משפחתו שהיו מבוטחים בהסכם זה, יהיו זכאים להמשיך את הביטוח בהסכם זה, ברובד בו היו מבוטחים, וזאת אם יודיעו למבטח בכתב, תוך 90 יום ממועד יציאת העובד לגמלאות, על רצונם להמשיך בביטוח. דמי הביטוח עבור כיסויים אלו ימומנו על ידי המבוטח וישולמו באמצעי גבייה אישי, בהוראת קבע בנקאית או בכרטיס אשראי. גמלאי מכבי - עתידי ובני משפחתו אשר ימשיכו בביטוח על פי הסכם זה ישלמו את דמי הביטוח, כמפורט בפרק ו' – דמי הביטוח – בפוליסה זו, החל מתחילת החודש העוקב לפרישת העובד.

7.4 אין באמור בסעיף 7.1 על כל תתי סעיפיו לעיל כדי לגרוע מחבותו של המבטח למקרי ביטוח אשר אירעו בפועל או שנקבע שיש לבצעם במהלך תקופת הביטוח, גם אם התביעה בגינם הוגשה לאחר תום תקופת הביטוח, בכפוף להוראות הפוליסה, לרבות בדבר התיישנות התביעה.

8. המשכיות - רצף ביטוחי בתום הביטוח והפסקתו

8.1 ילדי עובדים שתם לגביהם הביטוח כמפורט בסעיף 7.1.6 לעיל, ואשר היו מבוטחים על-פי הסכם זה, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבטח. המבוטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבוטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 30% מתעריף הביטוח הרשמי של חברת הביטוח למשך 5 שנים, וזאת אם יודיע המבוטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום מיום תום תקופת ההסכם זה או ממועד הגיעו של המבוטח לגיל 35 הצירוף לפוליסה הפרטית יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים.

אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבפוליסה הקולקטיבית יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו.

למען הסר ספק, במהלך תקופה זו הכיסוי הביטוחי שעל פי הפוליסה הפרטית יחול רטרואקטיבית ממועד העזיבה ותחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום תום תקופת הסכם ביטוח זה.

8.2 במקרה של פטירה (חו"ח) של עובד יהיו זכאים בני משפחתו של העובד, אשר היו מבוטחים על פי הסכם זה, להצטרף לפוליסת פרט של המבטח כאמור בסעיף 8.1 לעיל, וזאת אם יודיעו על רצונם להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד פטירת העובד.

8.3 במקרה בו הסכם זה אינו מתחדש עבור חלק מהמבוטחים, אזי לחלק זה של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם יחול האמור בסעיף 0 לעיל.

9. דמי ביטוח

9.1 פרמיה חודשית בש"ח לעובד/ת ולכל ילדיו שטרם מלא להם 25 שנה, בגין רובד הבסיס בביטוח זה, הינם כמפורט בהסכם בין בעל הפוליסה למבטח, וישולמו

למבטח על-ידי מכבי.

- 9.2** הפרמיה החודשית הינה כמפורט בפרק ו' – דמי הביטוח - בפוליסה זו.
- 9.3** הפרמיה לרבדים והוולונטריים תשולם למבטח ישירות על ידי המבטוח, באמצעי תשלום אישי, אחת לחודש, ותהיה בהתאם לנהלים הקיימים אצל המבטח.
- 9.4** מבטח החייב לשלם על פי פוליסה זו באמצעי גבייה אישית קבוע לעיל, והפרמיה לא שולמה על ידו במועד בהתאם לנהלים הקיימים אצל המבטח כמתחייב מתנאי הפוליסה, יהיה המבטח זכאי לבטל את הכיסוי הביטוחי על פי הוראות חוק חוזה ביטוח.
- 9.5** על מנת להסיר ספק, הפרמיה לעובדים בחופשה ללא תשלום (חל"ת) עד 395 ימים או לעובד/ת בחופשת לידה (חל"ד), עבור רובד הבסיס, יועברו למבטח על ידי בעל הפוליסה מידי חודש בחודשו. עם שוב העובד מחופשתו יגבה בעל הפוליסה את הפרמיה עבור רובד הבסיס מהעובד. מודגש כי תוקף הביטוח ותגמולי הביטוח ישמרו לעובד גם בתקופת החל"ת/חל"ד שלו.
- 9.6** עובדים היוצאים לחל"ת לתקופה העולה על 395 ימים או במקרים מיוחדים באישור בעל הפוליסה לתקופה שלא תעלה על שנה וחצי יהא דינם כמי שעזבו את מכבי ויחול לגביהם סעיף ההמשכיות – 8 לעיל.
- 9.7** מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 9.7.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, פרמיה, או חלק ממנה, לרבות אם גבייתה חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים.
- 9.7.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

10. תנאי הצמדה למדד

- כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד, כמפורט להלן:
- 10.1** כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי והפרמיה שעל בעל הפוליסה/או שעל המבטוח לשלם למבטח, יוצמדו למדד הקובע לעומת המדד היסודי, ובלבד שהמדד הקובע לא יהיה נמוך מהמדד היסודי. (דהיינו, ההצמדה למדד תבוצע בין אם המדד הקובע גבוה מהמדד היסודי ובין אם הנו נמוך ממנו).
- 10.2** יום ביצוע התשלום יהא היום בו יועברו הכספים בהעברה בנקאית בפועל למבטח ו/או יזוכה חשבון המבטח בהתאם לתנאי התשלום האישי של המבטוח.

11. תגמולי ביטוח

11.1 תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח ברובד הבסיס

המבטח ישפה את המבטוח, לאחר מיצוי מלוא זכויותיו שעל פי סל הבריאות ועל פי השב"ן של קופתו, במידה ובוטח לפיו, בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בכל אחד מפרקי הפוליסה, שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

11.1.1 במקרה בו המבוטח חבר בשב"ן יהא זכאי על פי פוליסה זו לתגמולי הביטוח **שמעבר** למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת סל הבריאות והשב"ן שבו הוא חבר. הסכום המרבי שהמבוטח חב למבוטח על פי כל אחד מפרקי הפוליסה יהא עד לגובה הוצאות המבוטח בפועל אך לא יותר מתגמולי הביטוח המלאים המפורטים בכל אחד מפרקי הפוליסה.

למען הסר ספק, הוצאות המבוטח בפועל כוללות גם את סכום ההשתתפות העצמית של המבוטח אשר שולם על ידי המבוטח עבור אותו מקרה ביטוח בשב"ן בו הוא חבר.

11.1.2 במקרה בו השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל החברים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת המתנה בשב"ן (כהגדרתה בתקנון השב"ן)

11.1.3 יכסה המבוטח את המבוטח בגין מלוא תגמולי הביטוח המפורטים בכל אחד מפרקי הפוליסה, והוראות סעיף 11.1.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

11.1.4 במקרה בו אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח מסוים בלבד מסיבות כגון: המבוטח בפיגור בתשלום דמי החבר לשב"ן, המבוטח במצב אי-תשלום דמי החבר לשב"ן, המבוטח ביטל את השב"ן בקופתו - מבוטח כנ"ל ייחשב לעניין הכיסוי בביטוח זה כמי שאינו מכוסה בתוכנית השב"ן בקופתו, כקבוע בסעיפים 3.4.2, 3.4.4 לעיל, ויהא זכאי על פי פוליסה זו לתגמולי ביטוח בקיזוז השתתפות עצמית על פי המפורט בסעיף 3.4.5 לעיל.

הסכום המרבי שהמבוטח חב למבוטח על פי כל אחד מפרקי הפוליסה יהא עד לגובה הוצאות המבוטח בפועל, בקיזוז ההשתתפות העצמית כאמור לעיל, אך לא יותר מתגמולי הביטוח המלאים המפורטים בכל אחד מפרקי הפוליסה.

11.2 תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח ברובד המורחב

המבוטח ישפה את המבוטח, לאחר מיצוי מלוא זכויותיו שעל פי סל הבריאות ועל פי השב"ן של קופתו, בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בכל אחד מפרקי הפוליסה, שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

11.2.1 מבוטח החבר בשב"ן יהא זכאי על פי פוליסה זו לתגמולי הביטוח **שמעבר** למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת סל הבריאות והשב"ן שבו הוא חבר. הסכום המרבי שהמבוטח חב למבוטח על פי כל אחד מפרקי הפוליסה יהא עד לגובה הוצאות המבוטח בפועל אך לא יותר מתגמולי הביטוח המלאים המפורטים בכל אחד מפרקי הפוליסה.

למען הסר ספק, הוצאות המבוטח בפועל כוללות גם את סכום ההשתתפות העצמית של המבוטח אשר שולם על ידי המבוטח עבור

אותו מקרה ביטוח בשב"ן בו הוא חבר.

11.2.2 במקרה בו השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל החברים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת המתנה בשב"ן (כהגדרתה בתקנון השב"ן של קופתו) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר או קבע, יכסה המבטח את המבוטח בגין מלוא תגמולי הביטוח המפורטים בכל אחד מפרקי הפוליסה, והוראות סעיף 11.2.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

11.2.3 במקרה בו אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח מסוים בלבד מסיבות כגון: המבוטח בפיגור בתשלום דמי החבר לשב"ן, המבוטח במצב אי-תשלום דמי החבר לשב"ן, המבוטח ביטל את השב"ן בקופתו - מבוטח כנ"ל ייחשב לעניין הכיסוי בביטוח זה כמי שאינו מכוסה בתוכנית השב"ן בקופתו, כקבוע בסעיפים 3.4.4, 4.5.2 לעיל, ויהא זכאי על פי פוליסה זו לתגמולי ביטוח על פי הכיסוי הביטוחי אותו בחר כקבוע בסעיף 3.5.2 לעיל.

הסכום המרבי שהמבטח חב למבוטח על פי כל אחד מפרקי הפוליסה יהא עד לגובה הוצאות המבוטח בפועל, ובהתאם לבחירת המבוטח כקבוע בסעיף 3.5.2 לעיל, אך לא יותר מתגמולי הביטוח המלאים המפורטים בכל אחד מפרקי הפוליסה.

11.3 עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח או חלק מהם, לפי העניין ובהתאם לכיסוי הרלוונטי, ישירות לנותן השירות שבהסכם, או לנותן השירות שאינו בהסכם, או ישלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות, כמפורט להלן:

11.3.1 במקרה של תשלום ישירות לנותן השירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח, בהתאם למחויבותו על פי תנאי פוליסה זו, וזאת על פי דרישת נותן השירות בהסכם תוך 10 ימי עבודה מקבלת דרישת נותן השירות שבהסכם, למעט במקרים דחופים (לרבות במקרה שקיים מועד קרוב לביצוע ניתוח), בהם תומצא ההתחייבות הכספית תוך 3 ימי עבודה.

11.3.2 במקרה של תשלום למבוטח כנגד קבלות מקוריות ו/או העתקן, ישלם המבטח למבוטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ- 14 ימי עבודה מיום קבלת הקבלות והמסמכים הרפואיים הנדרשים לאישור התשלום.

11.4 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום כמפורט להלן:

תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום התשלום על ידי המבטח.

11.5 נפטר המבוטח (חו"ח), ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח, על-פי העניין.

12. תביעות

- 12.1** בהמשך לאמור בסעיף 11 לעיל, בקרות מקרה הביטוח מתחייב המבוטח למצות את מלוא זכויותיו בסל הבריאות ובשב"ן בו הינו חבר, במידה והינו חבר שב"ן, אלא אם נאמר אחרת.
- 12.2** בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה והמבוטח כאמור בהסכם ביטוח זה, מתחייב המבוטח לממן ו/או לשפות את המבוטח בהתאם לפרקים המצורפים להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו, ובתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבוטח.
- 12.3** בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח או בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל או בכל צורך בשירות אחר המכוסה על-פי ההסכם, יודיע המבוטח על כך למוקד הייעודי של מכבי (להלן: "**מוקד תביעות בריאות לעובדים**") שתפקידו לטפל בתביעות הנוגעות לפוליסה זו או למוקד השירות של המבוטח.
- 12.4** המבוטח יקבל את אישור המבוטח בכתב תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים לבירור חבות המבוטח במשרדי המבוטח. במקרה חירום הכרוך בביצוע הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל או ביתר השירותים המכוסים על פי הסכם זה אישור המבוטח ינתן תוך 3 ימי עבודה. קבלת האישור יכול שתהא מראש או בדיעבד, על פי הנדרש בפרקי הסכם זה, ולפי העניין.
- 12.5** קבלת אישור המבוטח כאמור, מראש או בדיעבד, הוא תנאי לאחריות המבוטח על פי הסכם זה. אישור המבוטח לעניין זה משמעו אישור העובדה כי המבוטח אכן מבוטח במסגרת הסכם זה, כי מקרה הביטוח אכן מוגדר כמקרה ביטוח על פי תנאי הסכם זה, וכי לא חל אף אחד מהחריגים העשויים לשלול את זכאותו של המבוטח.
- 12.6** על אף האמור לעיל, הוגשה תביעת מבוטח לכיסוי מקרה ביטוח על פי הסכם זה, למרות אי קבלת אישור מראש של המבוטח לכיסוי, כאמור לעיל, יהא המבוטח זכאי לכיסוי במידה והתביעה הוגשה בתום לב, ובאם היה מתבקש אישור המבוטח כנדרש, היה ניתן אישור זה.
- 12.7** אם בוצע טיפול רפואי עקב מצב חירום רפואי, שחייב טיפול רפואי דחוף במבוטח ושומע ממנו להודיע למבוטח מראש על כך, ידון המבוטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות ההסכם והתקבל אישור רפואי להיות הטיפול הרפואי חירום דחוף.
- 12.8** אם יידרש לכך על ידי המבוטח, המבוטח ימסור למבוטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבוטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 12.9** אם יידרש לכך על ידי המבוטח, המבוטח ימסור למבוטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבוטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.
- 12.10** אם יידרש לכך על ידי המבוטח, יעמיד המבוטח לבדיקה רפואית על ידי

רופא מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

12.11 אישר המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השירות או למבוטח, לפי העניין, והכל כמפורט בסעיף 11 לעיל.

12.12 בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות ו/או העתקן בגין התשלומים בהם נשא, אלא אם נאמר מפורשות אחרת. יובהר כי במקרה של אובדן קבלות מקוריות, בכל מקום אשר הן נדרשות, יוכרו שיחזורי קבלות אשר יונפקו על ידי נותן הקבלות המקוריות, בצירוף תצהיר המבוטח בדבר נסיבות אובדן הקבלות ואי שימוש בהן לצורך אחר כלשהו.

12.13 בתשלום תגמולי ביטוח בגין ניתוחים בחו"ל, השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל אישר המבטח ביצוע הטיפול בחו"ל אזי:

12.13.1 תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. במקרים בהם נותן השירות ו/או הגורם המבצע אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יאשר המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו ועל פי התקרות הנקובות בה.

12.3.2 המבטח יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.

13. תחלופ (סברוגציה)

13.1 מששילם המבטח תגמולי ביטוח ו/או המבוטח קיבל את השירות, עוברת אל המבטח, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר, למעט האמור להלן בס"ק 13.5. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי המבוטח מתחייב לחתום על מסמכי שיבוב לשביעות רצון המבטח.

13.2 במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

13.3 במידה והמבוטח הגיע לפשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות אשר עברה למבטח, מבלי שניתנה הסכמת המבטח לכך, בנוגע לשיפוי בגין מקרה הביטוח שקיבל המבוטח מצד שלישי ואשר שולם ע"י המבטח, ואשר חלות עליו הוראות סעיף 13.1 דלעיל, על המבוטח לפצות את המבטח בשל כך, עד גובה הפגיעה בזכותו.

13.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור.

13.5 למרות האמור לעיל, לא תופעל זכות שיבוב כלפי בעל הפוליסה, קרוב משפחה

או כל אדם אחר שמבטוח סביר לא היה תובע אותו.

14. חריג מצב רפואי קודם

14.1 המבטוח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח למקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 2.26 לעיל. חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבטוח במועד ההצטרפות לביטוח כדלקמן:

14.1.1 למבטוחים שגילים מתחת לגיל 65 יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותם לביטוח.

14.1.2 למבטוחים שגילים 65 ומעלה יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של 6 חודשים ממועד הצטרפותם לביטוח.

14.2 בנוסף לאמור לעיל ועל מנת לצמצם ולא להרחיב את תכולת חריג זה - סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבטוח הודיע במסגרת מילוי הצהרת בריאות למבטוח על מצב בריאותו הקודם, והמבטוח, לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבטוח. מוסכם, כי ליקוי בריאותי המתואר לעיל אשר השפעתו על קרות מקרה הביטוח עקיפה ו/או תלויה בהתקיימות נסיבות נוספות, לא יוחרג ומקרה הביטוח יכוסה במלואו.

14.3 מבטוח אשר נדרש למלא הצהרת בריאות לצורך קבלתו לביטוח זה, ולא נשאל בהצהרת הבריאות על מצב רפואי מסויים, לגבי אותו מצב רפואי עליו לא נשאל, לא יחול סעיף 14.1 לעיל. דהיינו לגבי אותו מצב רפואי עליו לא נשאל המבטוח, יכוסה מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של אותו מצב רפואי קודם עליו לא נשאל, החל ממועד הצטרפותו של המבטוח לביטוח, או מתום תקופת האכשרה, אם קיימת, המאוחר מביניהם.

14.4 למען הסר ספק, בחלוף התקופות המפורטות לעיל, יבטלו חריגי מצב רפואי קודם, והמבטוח יהא מנוע מלטעון לאי חבותו לכיסוי על פי פוליסה זו בגין התקיימות חריג כלשהו מחריגי מצב רפואי קודם.

14.5 יודגש, כי מבטוחים קיימים שהיו מבטוחים בפוליסה הקודמת כמפורט בסעיף 5.8 לעיל, לבדיקת מצב רפואי קודם יראו את מועד הצטרפותם לביטוח זה כמועד הצטרפותם לפוליסה הקודמת, לרבות בגין תחולת חריגי מצב רפואי קודם, לגבי כל הכיסויים שהיו קיימים בפוליסה הקודמת.

14.6 אין באמור בסעיפים 14.1-14.5 לעיל לגרוע מתחולתם של חריגים אחרים שאינם חריגי מצב רפואי קודם, וכן מחריגים מיוחדים אשר הוטלו על מבטוח בעקבות הצהרת בריאות שהגיש או היה חייב להגיש. חריגים אלה יחולו לכל תקופת ההסכם כל עוד לא שונו בכתב על ידי המבטוח.

15. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה, על כל פרקיו

המבטוח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח אם מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה ו/או מקרה הביטוח נובע במישרין מהמפורט להלן:

15.1 מקרה הביטוח התקיים ו/או אירע לפני הצטרפותו של המבטוח לביטוח או

בתקופת האכשרה, במידה וקיימת תקופת אכשרה, או לאחר תום תקופת הביטוח.

15.2 שירותו של המבוטח בצבא בשירות חובה, קבע או מילואים, או במשטרה ובלבד שהיה זכאי למלוא הפיצוי מהצבא ו/או המשטרה ו/או משרד הביטחון. אם יהיה הפרש בין זכאות המבוטח בהתאם לתנאי הסכם זה לבין הסכום ו/או השיפוי שיקבל בפועל, ישלם המבוטח הפרש זה. למען הסר ספק, תשלומי קיצבה המגיעים למבוטח בשל מקרה ביטוח לא יחשבו לצורך האמור לעיל.

15.3 השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, אם מקרה הביטוח נובע במישרין משירות זה, והמבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבוטח, למעט מקרים בהם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, בהם יישא המבוטח ביתרת העלות.

15.4 פגיעה כתוצאה ממלחמה, אם זכאי המבוטח לפיצוי מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבוטח, למעט מקרים בהם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, בהם יישא המבוטח ביתרת העלות.

15.5 השתתפות פעילה של המבוטח במעשה חבלה, עוון או פשע כהגדרתם בחוק הפלילי. על אף הקבוע בסעיף זה, הוא לא יחול על עברות על פי החוק הפלילי הנוגעות לתאונות דרכים.

15.6 אלוהולזים שאובחן ותועד בתיקו הרפואי של המבוטח. אלוהולזים לעניין חריג זה, הנה התמכרות של המבוטח לשתיית משקאות משכרים באופן כרוני.

15.7 התאבדות ו/או פציעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי ובין אם לא, למעט ילדים אשר גילם נמוך מ- 25 שנה.

15.8 שימוש קבוע בסמים על ידי המבוטח, למעט אם השימוש נעשה על פי הוראות רופא ובפיקוחו.

15.9 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי (קבלת שכר על פעילותו הספורטיבית) תוך השתייכות לאגודת ספורט (החזר הוצאות לא ייחשב כשכר לצורך סעיף זה).

15.10 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (אייס) ו/או מחלה או תסמונת דומה שהיא מוטציה או וריאציה שלה - הידועה היום או שתתגלה או תאובחן בעתיד יהא שמה אשר יאה, למעט במקרה הידבקות במחלה שאירעה כתוצאה מעירוי דם ומוצרי, אשר ניתנו למבוטח במהלך ניתוח רפואי במשך תקופת הביטוח או במקרה וההדבקות אירעה במהלך סיוע לאדם אחר במקרה חירום שאירע במקום העבודה. חריג זה לא יחול על מבוטח אשר שייך לצוות הרפואי או הפרה רפואי של בעל הפוליסה.

15.11 קרינה רדיואקטיבית, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית כלשהי.

15.12 לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי ולמעט הפסקת הריון אשר אושרה על ידי

הוועדה המאשרת מטעם משרד הבריאות.

15.13 טיפולים רפואיים ו/או ניתוחים למטרת יופי ו/או אסתטיקה, למעט טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח ורופא מומחה מטעם המבוטח אישר קביעה זו, כדוגמת ניתוח שחזור שד אחרי כריתת שד או כל ניתוח שחזור אחר, צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה, ניתוח אף הקשור במערכת הנשימה, הקטנת חזה שסיבתה רפואית וכדומה.

15.14 טיפול רפואי ו/או ניתוח הקשור בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון, למעט טיפולים רפואיים הנובעים במישרין מצורך רפואי והכלולים בפוליסה זו.

15.15 טיפול רפואי/ניתוח/תרופות/ייעוץ הקשור לרפואת שיניים .

15.16 טיפולים נסיוניים אלא אם נאמר אחרת.

15.17 טיסה בכלי טיס מכל סוג שהוא בין אם ממנוע ובין אם לאו למעט כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות (רחיפה, דאיה, גלישה אווירית, צניחה, סקי או צלילה)

16. סייג לאחריות המבוטח

המבוטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבוטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבוטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או ע"מ מעשה או מחדל של הנ"ל.

17. תקופת אכשרה

על כל פרקי הפוליסה לא תחול תקופת אכשרה, למעט אם נאמר מפורשות באחד מפרקי הפוליסה אחרת.

18. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על הפרמיה ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

המבוטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם כאמור חלק מתגמולי הביטוח.

19. התיישנות התביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

20. גבול אחריות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

אחריות המבוטח מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסוי בגין ניתוחים פרטיים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל. יובהר, מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. על אף האמור לעיל, במידה ואירע

מקרה ביטוח הכלול בביטוח זה, בעת שהות המבוטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 90 יום, יהא המבוטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח בעת שובו לישראל, בכפוף לכך כי הוצאות אלה לא כוסו על ידי כל גורם אחר, לרבות ביטוח נסיעות לחו"ל, והכל על פי תנאי הסכם זה.

21. ועדת חריגים וחילוקי דעות

21.1 לא אושרה תביעתו של המבוטח באופן מלא או חלקי, וסך תביעתו לא עולה על 20,000 ₪, יהיו רשאים המבוטח ו/או בעל הפוליסה לפנות ליועצים, בבקשה לאשר את התביעה. מצאו היועצים כי יש לאשר את תביעתו של המבוטח על פי תנאי הפוליסה, יהא המבטח חייב ביישום החלטה זו.

21.2 לא אושרה תביעתו של מבוטח באופן מלא או חלקי, וסך תביעתו גבוה מ-20,000 ₪, יהיו רשאים המבוטח ו/או בעל הפוליסה לפנות בכתב לוועדת חריגים.

21.3 ועדת החריגים תהא מורכבת מנציג המבטח, נציג בעל הפוליסה (לפי העניין), ונציג נוסף בעל ידע רפואי ומשפטי ובעל ניסיון בתחום הביטוח, שימונה בהסכמה על ידי הצדדים. למבוטח או למי מטעמו תהא הזכות להופיע בפני הוועדה, להציג את טיעוניו וכל חומר אחר שימצא לנכון.

21.4 הוועדה תתכנס לפי הצורך.

21.5 החלטות הוועדה יתקבלו ברוב קולות.

21.6 אם יידרש לוועדה יעוץ רפואי ימונה רופא מוסכם. הייעוץ הרפואי יהיה בעל משקל מהותי בהחלטת הוועדה, אך אין בו כדי לחייב את הוועדה להכריע בהתאם להחלטת רופא האמון. המבטח ובעל הפוליסה יישאו בשכרו של הרופא בחלקים שווים.

21.7 החלטת ועדת החריגים איננה סופית ואיננה מגבילה את זכותו של מי מהצדדים לפנות לערכאות משפטיות, ואולם, אין בפניה לערכאות כדי לעכב את ביצוע התשלומים, כפי שנפסק בהחלטות הוועדה, אם נפסק.

22. שינוי ההסכם במהלך תקופת הביטוח

בעל הפוליסה רשאי לדרוש שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים ו/או העלאת פרמיה ו/או הורדת פרמיה.

השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת המבטח, ולשינוי בפרמיה בהתאם, אם יידרש.

כל שינוי או הוספה להסכם זה יעשו בכתב בלבד ויחתמו ע"י כל הצדדים.

יודגש, כי עצם היות המבוטח כלול בביטוח שעל פי פוליסה זו, מהווה את הסכמתו לייצוגו ע"י בעל הפוליסה בכל הנוגע לפוליסה זו על כל המשתמע מכך בכלל, ולגבי סעיף זה בפרט.

23. מתן מסמכים למבוטח

23.1 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק

פוליסה וטופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח על הביטוח; בתקנה זו, "חידוש ביטוח" – למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בפרמיה ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

23.2 חלה על מבטח חובה לשלם פרמיה או חלק ממנה, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחובה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.

23.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את הפרמיה, במלואה, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החובה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחובה האמור לעניין גובה הפרמיה והתאמת הפרמיה.

24. מתן הודעות למבטוח

24.1 חל שינוי בפרמיה או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש הפוליסה או במהלך תקופת הביטוח (להלן: "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה

24.1.1 "שינוי פרמיה" לרבות העברת חובת תשלום הפרמיה מבעל הפוליסה למבטוח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בפרמיה בשל הצמדתה למדד שנקבע מראש או שינוי בפרמיה בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת הפרמיות שנכללה בפוליסה.

24.1.2 "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" – למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת. חלה על מבטוח, במועד ההצטרפות לפוליסה, החובה לשלם פרמיה, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתה לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את הפרמיה, שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של הפרמיה. הודעה כאמור תימסר למבטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

24.1.3 מתן הודעה למבטוח כמוגדר בהוראת הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט-2009

25. כפל ביטוח

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

25.2 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.

26.

כללי

26.1 כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.

26.2 מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.

26.3 על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

רובד בסיס

פרקים א' - ג'

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

כל הגמלאות, הינם לאחר מיצוי זכאות המבוטח על פי סל הבריאות ועל פי השב"ן בו הוא חבר, כקבוע בסעיפים 3, 11, 12 לפרק הכללי בפוליסה.

הגדרות 1.

בנוסף להגדרות בפרק הכללי בפוליסה זו, יחולו על פרק זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1 "השתלה" הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, , כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, מעי, ו/או כל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם,

או השתלת מח עצמות מתורם אחר,

או השתלת מח עצמות שמקורו בתרומה עצמית של המבוטח,

או השתלת תאי אב,

או השתלת תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר;

השתלה תכלול גם השתלה או תפעול בעזרת איבר מלאכותי כדוגמת לב מלאכותי ו/או השתלת איבר ממקור אחר, לרבות מבע"ח. מובהר, כי שימוש במכונת החייה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או תומך לב, ו/או שתל כמוגדר להלן, לא ייחשבו כהשתלה על פי הגדרה זו.

הגדרה זו של השתלה כפרוצדורה רפואית נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20

"הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

את ההשתלה ניתן לבצע בחו"ל בלבד, בכפוף לחוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ולחוזר המפקח 1-1-2009.

1.2 "טיפול מיוחד בחו"ל" - ניתוחים או טיפולים רפואיים בחו"ל הדרושים להצלת

חיי המבוטח או שיפור איכות חייו, בשל בעיה רפואית אשר מתקיים לגביהם אחד מהתנאים המפורטים בסעיפים 1.2.1-1.2.6 להלן:

1.2.1 לא ניתן לבצע על ידי שירותי הרפואה בישראל ואין להם טיפול או ניתוח חלופי הקיים בישראל. "טיפול או ניתוח חלופי" לענין סעיף זה הינו טיפול או ניתוח שנועד להשיג תוצאות רפואיות בשיעור הצלחה זהה לפחות לטיפול או לניתוח החלופי הקיים בישראל, ובלבד שאין בו לגרום למבוטח לתופעות לוואי חמורות יותר.

1.2.2 זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, ובשל ההמתנה עלולה להיגרם החמרה (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים) במצבו הרפואי של המבוטח ו/או סיכון לחייו.

1.2.3 סיכויי הצלחה בחו"ל גבוהים מסיכויי הצלחה בארץ.

1.2.4 מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ניתוח ו/או טיפול מיוחד למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.

1.2.5 מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ניתוח ו/או טיפול מיוחד למניעת אובדן מוחלט של חוש הראיה ו/או חוש השמיעה.

1.2.6 ניתוח ו/או טיפול מיוחד המבוצעים בדרך כלל בחו"ל, אשר הותרו באופן יוצא מן הכלל לביצוע בארץ על ידי מנתחים זרים.

1.3 "הוצאות מוכרות" - הוצאות ישירות בגין השתלה בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בפרק זה.

1.4 "שתל" - כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי, או אביזר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים, רגילים, או מפרשי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח (כגון: עדשה, מפרק ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שיניים, שתל דנטאלי ושתל במהלך השתלה כמוגדר בפרק זה.

1.5 "הטסה רפואית" - הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל ובחזרה לישראל, בתנאי שרופא מומחה קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית. במסגרת זו יכללו גם הוצאות העברה ברכב יבשתי, המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.6 "טיסה מיוחדת" - טיסה בשירות מטוסים רגיל במחלקה ראשונה או מחלקת עסקים, בתנאים מיוחדים, בתנאי שהמבוטח נמצא בלתי כשיר מסיבות רפואיות

לטוס בטיסה מסחרית רגילה.

2. מקרה ביטוח

2.1 צורך בביצוע השתלה בחו"ל כהגדרתה לעיל.

2.2 צורך בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל בעקבות מצב רפואי כהגדרתו לעיל.

3. תנאי זכאות

3.1 להשתלה - המבטח יהיה חייב בכיסוי השתלה שמתקיימים בה כל התנאים המצטברים הבאים:

3.1.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע השתלה.

3.1.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ.

3.1.3 ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני, כהגדרתו בפרק הכללי לפוליסה.

3.2 לטיפול מיוחד בחו"ל - המבטח יהיה חייב בכיסוי טיפול מיוחד בחו"ל שמתקיימים בו כל אחד מהתנאים המצטברים הבאים:

3.2.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי מטעם המבוטח, אשר הנו בדרג של מנהל או סגן מנהל מחלקה בבית חולים בישראל, קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים כי התקיים אחד התנאים המפורטים בסעיף 1.2 לעיל.

3.2.2 הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על-פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע.

3.2.3 הטיפול המיוחד בחו"ל אינו מהווה טיפול ניסיוני, כהגדרתו בפרק הכללי לפוליסה.

4. התחייבות המבטח

בטרם מתן שיפוי או מימון לביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;

מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

בקורות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות בגין השתלה אשר בוצעה בחו"ל, או בגין הטיפול המיוחד בחו"ל כמפורט להלן:

4.1 להשתלה בחו"ל - הוצאות כמפורט בסעיף 4.3 להלן, לביצוע השתלה במסגרת בית חולים שבהסכם ועל ידי צוות רפואי שבהסכם - שיפוי מלא ללא תקרת עלות כוללת. במקרה של ביצוע ההשתלה על ידי המבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם ו/או על ידי צוות רפואי שאינו בהסכם, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות בעת אשפוז והוצאות נלוות להשתלה יהא עד

לסכום ההוצאות להשתלה המבוצעת באמצעות נותני שירות שבהסכם או עד ל- 3,996,122 ₪ לכל השתלה, הגבוה מבניהם ובכפוף לאמור בסעיפים 4.3.1-4.3.21 ולתקרות המפורטות בהם, אם וכלל שקיימות תקרות.

4.2

לטיפול מיוחד בחו"ל - הוצאות כמפורט בסעיף 4.3 להלן, לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במסגרת בית חולים שבהסכם ועל ידי צוות רפואי שבהסכם - **שיפוי מלא ללא תקרת עלות כוללת**. במקרה של ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל על ידי המבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם ו/או על ידי צוות רפואי שאינו בהסכם, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות בעת אשפוז והוצאות נלוות לטיפול המיוחד בחו"ל יהא עד לסכום ההוצאות לטיפול מיוחד בחו"ל המבוצע באמצעות נותני שירות שבהסכם או עד ל- 799,224 ₪ לכל טיפול מיוחד בחו"ל, הגבוה מבניהם, ובכפוף לאמור בסעיפים 4.3.1-4.3.21 ולתקרות המפורטות בהם, אם וכלל שקיימות תקרות.

4.3

השיפוי כמוגדר בסעיפים 4.1 ו- 4.2 לעיל יהא בגין ההוצאות המוכרות ששולמו בפועל עבור ההשתלה בחו"ל ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל והמפורטות להלן:

4.3.1 תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד. למען הסר ספק הכיסוי יינתן גם במידה וההשתלה ו/או הטיפול המיוחד לא בוצעו ו/או בוצעו במועד מאוחר יותר. תקרת החזר מקסימלית לסעיף זה בגובה לא תעלה על 149,855 ₪.

4.3.2 הוצאות אשפוז להשתלה ו/או לטיפול מיוחד:

4.3.2.1 אשפוז לפני ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל - - תקופת אשפוז מרבית שלא תעלה על 365 ימים.

4.3.2.2 אשפוז לאחר ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל - תקופת אשפוז מרבית שלא תעלה על 365 ימים.

4.3.3 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה ו/או בוצע הטיפול המיוחד בחו"ל.

4.3.4 שכר כל הצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח במהלך האשפוז.

4.3.5 בדיקות רפואיות בעת האשפוז.

4.3.6 בדיקות מעבדה בעת האשפוז.

4.3.7 תרופות שניתנו למבוטח בעת האשפוז.

4.3.8 בדיקות פתולוגיות שבוצעו בעת האשפוז.

4.3.9 טיפולים פיזיותרפיים במידה ונזקק להם המבוטח בעת האשפוז.

4.3.10 שתל הנדרש למבוטח במהלך הניתוח.

4.3.11 שכר אחות פרטית בעת ניתוח ו/או למשך עד שמונה ימים נוספים לאחר הניתוח במהלך האשפוז.

4.3.12 כל הוצאה רפואית נלווית, הקשורה ישירות להשתלה ו/או לטיפול

המיוחד בחו"ל, הנדרשת מהמבוטח בחו"ל על פי הוראה רפואית, לרבות טיפולי דיאליזה מכל סוג. טיפולי דיאליזה לפני ביצוע השתלה יוגבלו לתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

4.3.13 מימון איתור איבר להשתלה:

4.3.13.1 יכוסו כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לביצוע השתלה, לרבות ההוצאות הכרוכות באיתור תורם, לרבות בדיקות מעבדה הקשורות באיתור התורם והשגת איבר להשתלה, כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם שאינן עולות על 199,806 ₪ למבוטח ולמלווה אחד. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו, הוצאות רפואיות הכרוכות בקציר האיבר, שימורו והעברתו למקום ההשתלה. המימון יעשה כנגד הצגת קבלות מקוריות, וזאת מבלי להגביל את גובה ההוצאות האחרות המפורטות לעיל ולהלן, אלא להוסיף עליהן.

4.3.13.2 סעיף 4.3.13.1 לעיל, יפורש בכפוף לחקיקה שעל פי חוק העונשין (חוק איסור סחר באיברים, חוק ההשתלות).

4.3.14 הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הינו קטין), בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל.

4.3.15 הוצאות הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים.

4.3.16 הוצאות הטסה רפואית לחו"ל או טיסה מיוחדת לחו"ל, כהגדרתן לעיל, לצורך ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה – שיפוי מלא ללא תקרה במקרה וההטסה בוצעה בתאום או באמצעות המבטח. במידה וההטסה בוצעה שלא בתאום עם המבטח הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות המבוטח יהא עד ל- 79,922 ₪.

4.3.17 הוצאות סבירות לשהייה בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, למבוטח ולמלווה אחד אך לא יותר מ- 999 ₪ ליום. אם המבוטח הינו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים עד לסך של 1,399 ₪ ליום, והכל עד לתקרה מרבית של 299,709 ₪.

4.3.18 המשך טיפולים רפואיים בארץ או בחו"ל, הנובעים מביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, או בקרה עליהם, עד לסך מרבי של 99,903 ₪.

4.3.19 המשך טיפול תרופתי מיוחד בארץ לאחר השתלה בחו"ל ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הנוגע לעניין – עד לתקרה של 99,903 ₪ לא יהא כפל כיסוי על פי סעיף זה אם הטיפול התרופתי יכוסה על פי פרק התרופות, שעל פי פרק ב' בפוליסה זו.

4.3.20 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר, חו"ח, כתוצאה

מביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל ללא מגבלת סכום – בתיאום מראש עם המבטח.

4.3.21 על מנת למנוע כל ספק, במסגרת ההוצאות תיכלל גם מקדמה כספית, במידה ותידרש מאת המבוטח כתנאי ליציאתו לחו"ל, לשם ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל. מקדמה כספית זו תינתן בכפוף לערבות או התחייבות אחרת, כמקובל אצל המבטח, במקרה שההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל לא יבוצעו בפועל מסיבה כלשהי.

4.4 כיסוי הוצאות להשתלה בחו"ל ו/או טיפול מיוחד אשר לא בוצע/ה בפועל -
יצא המבוטח להשתלה/טיפול מיוחד כאמור בפרק זה, ומכל סיבה שהיא, בין רפואית ובין כל סיבה אחרת, לא בוצע/ה ההשתלה/טיפול מיוחד בפועל בעת שהותו בחו"ל - יישא המבטח בכל הוצאות המבוטח כמפורט בסעיפים 4.3.21-4.3.21, לרבות הוצאות מלווה כקבוע בתנאי הפוליסה. כיסוי הוצאות כקבוע בסעיף זה לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי להשתלה/טיפול מיוחד על פי פרק זה ככל שיידרש, עד לסכומי התקרה הקבועים לעיל.

4.5 גמלת החלמה לאחר השתלה שבוצעה בישראל או בחו"ל, למעט השתלת מח עצמות עצמית

4.5.1 במקרה של השתלה, למעט השתלת מח עצמות עצמית, שבוצעה בישראל או בחו"ל ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום על פי ביטוח זה, תשלום חודשי בסך 4,995 ₪ למשך התקופה המרבית של 24 (עשרים וארבע) חודשים החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל.

4.5.2 נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה בטרם החל לקבל את הגמלה או בטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל, יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה, בתשלום אחד, לאחר פטירתו, לפי צו ירושה ו/או קיום צוואה.

4.5.3 לילד עד גיל 25 תינתן מחצית מסכום הגמלה המפורטת לעיל.

4.5.4 גמלת ההחלמה הנ"ל תשולם למבוטח שעבר השתלה גם אם ההשתלה בוצעה בישראל.

4.5.5 על אף האמור בסעיף 4.5.1 מבוטח אשר זכאי לגמלה המפורטת בסעיף 4.5.1 ויהיה מעוניין לעשות כן, יוכל לקבל את הגמלה בתשלום אחד וחד פעמי בגובה 95,907 ₪.

4.6 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל כתחליף למימון ביצוע השתלה בחו"ל ו/או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל - עלות הבאת מנתח, לרבות שהות המנתח בארץ והוצאות טיסה - עד 119,884 ₪ למקרה ביטוח אחד. להסרת ספק מובהר בזאת, כי עלות הבאת המנתח כוללת אך ורק את העלויות הכרוכות בהטסת המומחה לישראל וממנה ושהות המומחה בישראל, ולא את עלויות שכרו או כל עלות אחרת הכרוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, שתקריותיהם יקבעו על פי סעיפים 4.1 או 4.2, לפי העניין.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי

1. הגדרות

בנוסף להגדרות בפרק הכללי בפוליסה זו, יחולו על פרק זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1 "רשימת התרופות המאושרות לשימוש" - רשימת התרופות המופיעה בפרסום רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, הנכונה לתאריך הרשום במרשם.

1.2 "תרופה" - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרוקחים (נוסח חדש), התשמ"א - 1981, אשר מטרתו לאבחן או לטפל או לרפא או למנוע מצב רפואי כלשהוא או להקל על הסימפטומים הרפואיים, או שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או למנוע החמרה או הישנות או התפתחות של אותה מחלה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים).

1.3 "תרופה מותאמת אישית" - תרופה אשר מתקיים לגביה אחד מהסעיפים הבאים: ניתן אישור לייבוא אישי של התרופה על פי תקנה 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים) תשמ"ו 1986 (אישור על פי פקודת הרופאים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי), ורופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים ו/או פרופסור בבית חולים, קבע כי המבוטח זקוק לה,

או ;

התרופה אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות כאמור בסעיף 3.1 להלן להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו אך לא במצבו הרפואי של המבוטח והמבוטח ביצע בדיקות גנומיות במכון גנטי בבית חולים או במעבדה לבדיקות גנטיות בעלת רישיון לערוך בדיקות גנטיות, ונמצא באבחון הגנטי של הגידול כי המבוטח זקוק לתרופה לצורך טיפול במחלתו.

1.4 "טיפול תרופתי" - נטילת תרופה או תרופות בישראל, באורח חד פעמי או

מתמשך.

- 1.5 "סל הבריאות" - משמעו סל הבריאות הממלכתי הכולל את מחויבות המדינה לתושביה על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי - התשנ"ד-1994, כפי שפורטה בתוספת השנייה לחוק זה, וכל הפרקים, התוספות והתיקונים שפורסמו מאז חקיקתו, הניתנת ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חבריה, כולם או חלקם, בכל מסגרת אחרת.**
- 1.6 "בית מרקחת" - מקום המורשה על פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור, כולל בית מרקחת הממוקם בבית חולים, חדרי תרופות וארון תרופות כהגדרתם בפקודת הרוקחים התשמ"א - 1981 (להלן: "נותן השירות").**
- 1.7 "מרשם" - כהגדרתו בתקנות הרופאים (מתן מרשם), התשמ"א-1981, החתום ע"י רופא מומחה, אשר אישר הצורך בטיפול תרופתי, קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהא לכל תרופה בנפרד ובמינון למשך טיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**
- 1.8 "מחיר מרבי מאושר" - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה לגבייה עבור תרופה ביום ביצוע התשלום ע"י המבוטח.**
- 1.9 "סכום השיפוי המרבי" - גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבטח עבור תרופה ו/או תרופות על פי פרק זה, במהלך כל תקופת הביטוח.**
- 1.10 "תאונה" - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלה כוח פיסי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי, חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידי לקרות מקרה הביטוח.**

2. מקרה הביטוח

צורך בנטילת תרופה המקנה תגמולי ביטוח כמפורט להלן, שרופא מומחה מטעם המבוטח רשם או המליץ לטיפול במבוטח.

3. תגמולי הביטוח

המבטח יישא בתגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח כדלהלן:

3.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

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

3.2 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 ההתוויה הרפואית המוגדרת לתרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות: ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA). תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

3.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

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

- 3.3.1 פרסומי ה- FDA
- 3.3.2 American Hospital Formulary Service Drug information
- 3.3.3 US Pharmacopoeia-Drug Information
- 3.3.4 Update, Cochrane, Drugdex Micromedex, ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - 3.3.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II a.
 - 3.3.4.2 חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
 - 3.3.4.3 יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או II a.
- 3.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - 3.3.5.1 NCCN
 - 3.3.5.2 ASCO
 - 3.3.5.3 NICE
 - 3.3.5.4 ESMO Minimal Recommendation
 - 3.3.5.5 שני מאמרים מעיתונות רפואית המוכיחים את יעילותה של התרופה למחלתו של המבוטח

3.4 תרופה למחלה יתומה

תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") לפי רישום במסלול של Orphan drugs ב- FDA או EMEA

3.5 תרופה מותאמת אישית כהגדרתה לעיל.

4. התחייבות המבטח

המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח, עד תקרת סכום השיפוי המרבי בכפוף לתנאים המצטברים שלהלן:

4.1 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה וכנגד מרשם החתום ע"י רופא מומחה.

4.2 המבוטח ימציא למבטח מרשם לתרופה חתום ע"י רופא מומחה.

4.3 המבוטח יישא בתשלום השתתפות עצמית בלבד עבור התרופה/ות המבוקשת/ות כמפורט בסעיף 5 להלן.

4.4 הוצאות בגין טיפול הכרוך במתן התרופה ישולמו על ידי המבטח כנגד קבלות מקוריות בלבד, בגובה התשלומים ששולמו בפועל בלבד, לרבות ולא רק בגין הזרקת התרופה, מתן עירוי דם וכיוצ"ב.

4.5 לא ינתן כיסוי בגין תשלומים עבור תרופות אשר טרם נרכשו על ידי המבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן שירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

4.6 תקרת סכום השיפוי הינה בסך 2,997,091 ₪ לכל תקופת ההסכם (5 שנים). למרות האמור לעיל לגבי תרופה מותאמת אישית תהא תקרת הכיסוי בסך של 799,224 ₪ לכל תקופת ההסכם.

4.7 המבטח יחזיר זכאי להציע למבוטח לרכוש באמצעותו את התרופה המכוסה על פי פרק זה.

5. השתתפות עצמית

5.1 המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 300 ₪ לתרופה במרשם לטיפול תרופתי, אך לא יותר מ-599 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים שייציג המבוטח בגין אותו החודש.

5.2 היה המבוטח זכאי לרכישת התרופה במסגרת קופת החולים בה הינו חבר או במסגרת השב"ן בו הוא חבר ונדרש בתשלום השתתפות עצמית בלבד, ישפה המבטח את המבוטח בסכום ההשתתפות העצמית בה נדרש המבוטח בניכוי 300 ₪ לתרופה.

5.3 אם עלות הטיפול עולה על 4,995 ₪ לא תידרש השתתפות עצמית.

6. חריגים

בנוסף לחריגים בפרק הכללי בפוליסה זו, יחולו על פרק זה החריגים הבאים שלהלן:

6.1 תרופות לטיפולים קוסמטיים או אסתטיים.

6.2 תרופות לטיפול בבעיות שיניים.

6.3 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים, חיסונים.

6.4 טיפולים תרופתיים בלתי קונבנציונליים, לרבות טיפולים הומיאופתיים

6.5 תוספי מזון, מזון רפואי, תרופות לאין אונות על רקע שאינו אורגני, גלולות למניעת הריון, תרופות לדיאטה ולהרזיה, תרופות ללייף סטייל, תרופות להפסקת עישון.

פרק ג' – בדיקה לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן

1. מקרה הביטוח

בדיקה לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה עפ"י הפנייה של אונקולוג ולא פתולוג אשר ביצע את הבדיקה הפתולוגית ולא הביופסיה מובהר כי הכיסוי בסעיף זה יינתן במעבדות בארץ או בחו"ל על פי נסיבות המקרה. הכיסוי יינתן לכל הבדיקות כגון:

סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול.

סיוע בהתאמת טיפול תרופתי מותאם אישית, סיוע בהתאמת הטיפול התרופתי לשונות הגנטית של החולה וליעילות הטיפול התרופתי, קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, מניעת תופעת לוואי ולא רעילות כתוצאה מהטיפול הרפואי.

איתור מקום הגידול.

הערכת מידת הסיכון להופעת סרטן בעתיד.

וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות.

2. אופן התשלום בגין הבדיקות

המבטח ישלם תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאה של המבוטח בפועל עבור ועד תקרה של 15,984 ש"ח לכל תקופות הביטוח.

3. חריגים

בנוסף לחריגים בפרק הכללי בפוליסה זו, יחולו על פרק זה החריגים הבאים שלהלן:
בדיקות תקופתיות ובדיקות שיגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית, למעט אם נאמר אחרת.

פרק ד' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח עם השתתפות עצמית של 2,000 ש"ח

חובד מורח בפרקים ד' – ה'

חובד וולונטרי לחברים בתוכנית השב"ן של קופתם בלבד.

כל תגמולי הביטוח שלהלן הינם לאחר מיצוי זכאות המבוטח על פי סל הבריאות ועל פי השב"ן בו הוא חבר, כקבוע בסעיפים 3, 11, 12 לפרק הכללי בפוליסה, למעט אם נאמר אחרת;

1. הגדרות:

במידה וקיימת סתירה בין הגדרות בפרק הכללי לפרק זה יגברו הגדרות פרק זה.

- 1.1 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.
- 1.2 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.
- 1.3 ניתוח -** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: פעולה פולשנית – חדיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4 מרפאה כירורגית פרטית-** מרפאה, 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 בית חולים פרטי - אחד מאלה:**
(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6 קופת חולים -** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994
- 1.7 רופא מומחה -** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8 שתל -** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 תקופת אכשרה -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח עם השתתפות עצמית של 2,000 ₪ לכל ניתוח / מחליף ניתוח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות לפי העניין.

3. הכיסוי הביטוחי:

פוליסת ניתוחים בישראל תכלול כיסוי כמוגדר להלן:

- 3.1** שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;
- 3.2** שכר מנתח;
- 3.3** ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח;
- 3.4** טיפול מחליף ניתוח; לעניין זה עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח כיסוי זה

לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.1 - 3.4, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור.

4. תגמולי ביטוח:

בקורות מקרה הביטוח המבוטח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בשב"ן.

4.1 התייעצות באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן מבוטח 'הא זכאי להחזר מלא של ההשתתפות העצמית.

4.2 התייעצות באמצעות נותן שירות אשר אינו בהסדר עם השב"ן המבוטח 'הא זכאי להחזר של עד 999 ₪ להתייעצות בהשתתפות עצמית של 20% .

4.3 ביצוע ניתוח באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן – בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן השירותים אשר בהסכם עם השב"ן, והמבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, ישלם המבוטח למבוטח או לנותן השירות לפי העניין את מלוא הסכום ההשתתפות העצמית כאמור.

4.4 ביצוע ניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסדר עם השב"ן - המבוטח יישא בהשתתפות עצמית של 2,000 ₪ לכל תביעה. במקרה שבו עלות הניתוח נמוכה מ-2,000 ₪, תאפשר חברת הביטוח למבוטח לעבור את הניתוח בתנאים שנקבעו לחברת הביטוח עם נותן השירות האמור.

ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המבוטח ישירות לנותן השירותים .

5. ברות ביטוח

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברתו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום פרמיה מלאה וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

6. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להיריון או לידה תהייה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. למבוטחים קיימים לא תהא תקופת אכשרה

7. חריגים

סעיף החריגים המפורטים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה ובמקומם יבואו החריגים המפורטים להלן;

- 7.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה
- 7.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 7.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 7.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 7.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
- 7.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 7.5 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.
- 7.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 7.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 7.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 7.9 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 כמפורט בסעיף 14 לחריג מצב רפואי קודם בפוליסה זו
- 7.10 ניתוח שבוצע בישראל ושאין לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

פרק ה' - שירותים רפואיים אמבולטוריים בישראל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות בפרק הכללי בפוליסה זו, יחולו על פרק זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמעבדה רפואית.

1.2 "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.

1.3 "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - לרבות בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S). אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I), בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסות וידאו וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון או מניעה או לטיפול בשל מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.

2. מקרה הביטוח

ביצוע שירותים אמבולטוריים המפורטים להלן.

3. התחייבות המבטח

המבטח ישפה את המבוטח, כפוף להשתתפות עצמית כמפורט להלן ועד לתקרת הסכום הקבוע להלן בכל כיסוי, בכפוף לאמור בסעיפים 11-12 לפרק הכללי

3.1 התייעצות עם רופא מומחה-

התייעצות רפואית עם רופא מומחה לאבחון, מניעה או לטיפול בבעיה רפואית בתחום התמחותו. המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין התייעצות אך לא יותר מ- 3 התייעצויות בשנה

כמפורט להלן: למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים ו/או רופא נשים שלא בעקבות מחלה פעילה, לא תכוסה במסגרת סעיף זה, על כל תתי סעיפיו.

3.1.1 בגין התייעצויות להן זכאי המבוטח להחזר מהשב"ן של קופתו יקבל המבטח את מלוא ההחזר עבור ההשתתפות העצמית ששלם.

3.1.2 במקרה בו השב"ן אינו משתתף בהחזר עבור התייעצות עם רופא מומחה, יחזיר המבטח את הוצאות המבוטח בפועל ועד תקרה של 999 ₪ ובניכוי השתתפות עצמית של 20% ולא יותר מהתייעצות אחת בשנת ביטוח.

המבוטח יחזיר זכאי ל- 3 (שלוש) התייעצויות בסה"כ למשך שנת ביטוח

3.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות שאינן קשורות לניתוח-

המבטח ישלם תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאה של המבוטח בפועל עבור בדיקות ללא קשר לניתוח, שמטרתן אבחון ו/או מניעת מחלה ו/או קביעת דרכי הטיפול בה עפ"י הוראת רופא מומחה, ועד תקרה כוללת בסך 6,995 ₪ לכל בדיקה ולסך של 15,984 ₪ לשנת ביטוח.

3.3 טיפולי פיזיותרפיה עפ"י הוראת רופא מומחה

המבטח ישלם תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאה של המבוטח בפועל עבור טיפולי פיזיותרפיה עפ"י הוראת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, אך לא יותר מ- 12 טיפולים בשנה לכל מקרה ביטוח, ולא יותר מ- 215 ₪ בגין כל טיפול פיזיותרפיה ועד תקרה כוללת בסך של 2,597 ₪ לשנת ביטוח.

למען הסר ספק, טיפול זה יינתן על ידי פיזיותרפיסט מוסמך.

3.4 בדיקות גנטיות מניעתיות לצורך אבחון

המבטח ישלם תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאה של המבוטח בפועל עבור בדיקות לגילוי נשאות לגנים למחלות אצל המבוטח, לרבות סרטן, עפ"י הוראת רופא מומחה בתחום הרלוונטי ועד תקרה כוללת בסך 5,295 ₪ לכל תקופת הביטוח.

3.5 טיפולים פסיכותרפיים

מטפל מוסמך יוגדר: פסיכולוג קליני או עובד סוציאלי קליני בוגר ביה"ס לפסיכותרפיה

3.5.1 ביצוע טיפול פסיכותרפי אצל מטפל מוסמך בכפוף להגדרתו לעיל וזאת עד 10 טיפולים בהחזר של 150 ש"ח לטיפול לשנת ביטוח.

3.5.2 ההחזר יינתן על סמך קבלה וחשבונית מס מקורית ממטפל עפ"י הגדרתו בסעיף לעיל.

3.5.3 חריגים לסעיף זה:

החברה המבטחת לא תיתן החזר בגין הטיפולים הבאים בפרק זה

3.5.3.1 **השרות על פי פרק זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.**

3.5.3.2 **טיפול ע"י פסיכיאטריים יינתן רק במסגרת הכיסוי הרלוונטי בשירותים אמבולטוריים ברובד המורחב.**

3.5.3.4 **השתתפות עצמית במסגרת טיפולים בקופה.**

4. חריגים

בנוסף לחריגים בפרק הכללי בפוליסה זו יחולו על פרק זה החריגים הבאים שלהלן:

4.1 **בדיקות תקופתיות ובדיקות שיגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית למעט אם נאמר אחרת .**

4.2 **בדיקות וטיפולים הקשורים בהיריון .**

פרק ו' – פרמיות – צמודות למדד הבסיס

רובד בסיס	פרמיה חודשית	
1	עובד וילדיו שטרם מלאו להם 25 שנה	21.38 ₪
2	ילד של עובד שגילו מעל 25 וטרם מלאו לו 35 שנה	21.38 ₪
3	בן/ בת זוג של עובד	32.07 ₪
4	גמלאי	29.93 ₪
5	בן/ בת זוג של גמלאי	44.90 ₪
6.	נכד (ילד של ילד בוגר שגילו מעל 25 וטרם מלאו לו 35)	7.99 ₪

*פרמיות ממוזדות לפי מדד 12365 נק'.

רובד מורחב	פרמיה חודשית	
1	מבוטח שטרם מלאו לו 25 שנה	16.49 ₪
2	מבוטח שגילו מעל 25 וטרם מלאו לו 45 שנה	49.95 ₪
3	מבוטח מעל גיל 45	74.93 ₪
4	גמלאי, בן/בת זוג של גמלאי	26-45 : 69.93 ₪ +45 : 104.90 ₪

*פרמיות ההרחבה המופחתות החל מיום 1/4/2021 לפי 12365 נק'.

מובהר כי רק מי שמצטרף/מבוטח ברובד הבסיס יכול להצטרף לרובד המורחב .

הפרמיות צמודות למדד כאמור בסעיף 10 לפרק הכללי לפוליסה וישתנו בהתאם למנגנון התאמת פרמיה כמוגדר בסעיף 15 בהסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

**להצטרפות ומידע ניתן לפנות למוקד
"העיקר הבריאות" בפניקס**

טל': 1800-22-00-22

דוא"ל: maccabi@fnx.co.il

לאתר האינטרנט של הפניקס:

<http://www.fnx.co.il/collectiv/maccabi>

**לצורך הגשת תביעות ניתן לפנות למוקד
"התביעות" "העיקר הבריאות"**

דוא"ל: maccabi_bari@mac.org.il

פקס: 073-2132877

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

*3455

03-7332222