



עובדות ועובדים יקרים!

הנהלת רכבת ישראל וועד העובדים שמו להם למטרה לפעול למען רווחת עובדיה ובני משפחותיהם תוך שמירה על בריאותם.

לאחרונה פעלנו לשיפור, הרחבה ושדרוג הכיסוי הביטוחי בפוליסה תוך שמירה על המחיר הקיים.

בימים אלה, אנו שמחים לעדכןכם כי הפוליסה חודשה וחברת "הפניקס" תמשיך לתת לכם ולבני משפחותיכם מענה ושירותים רפואיים בתחום הבריאות.

פוליסת ביטוח הבריאות עבורך ועבור משפחתך נבנתה בשיתוף ובליוי של רופא המתמחה ביעוץ לביטוח רפואי ומימוש זכויות. הפוליסה מותאמת להתפתחות הרפואה והטכנולוגיה, לשינויים בעולם הביטוח ולצרכי העובדים ומשפחותיהם כפי שעלו בשנים האחרונות.

חידוש ביטוח הבריאות בחברת הפניקס יכנס לתוקפו מתאריך 01/06/2021 ועד לתאריך 31/05/2026.

בין התאריכים 01/06/2021 ועד לתאריך 31/07/2021 יפתח בפניכם חלון הצטרפות בלעדי להצטרפות ללא הצהרת בריאות.

חוברת זו תסייע לכם להכיר את תנאי הפוליסה ותנחה אתכם כיצד לממש את מלא זכויותיכם מביטוח הבריאות.

מאחלים לכם בריאות איתנה וטובה,

הנהלת הרכבת וועד העובדים

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
19	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
	פרקי הפוליסה:
43	פרק א' - השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל
49	פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
	פרק ג' – ניתוחים:
53	מסלול 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל
58	מסלול 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
67	פרק ד' – ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל
69	פרק ה' – שירותים אמבולטוריים
75	כתב שירות - רפואה משלימה
81	דף רשימה

תמצית תנאי הביטוח – עובדי רכבת ישראל ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי רכבת ישראל ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	רכבת ישראל בע"מ ח.פ. 520043613
סוג הביטוח	השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפול מחליפי ניתוח פרטיים בישראל ביטוח משלים שב"ל לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפול מחליפי ניתוח בישראל ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל שירותים אמבולטוריים כתב שירות- רפואה משלימה
תקופת הביטוח	01/06/2021 – 31/05/2026 (סעיף 4.1)
תיאור הביטוח	פרק א' - השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק ג' - ניתוחים: מסלול 1- ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפול מחליפי ניתוח פרטיים בישראל מסלול 2- ביטוח משלים שב"ל לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפול מחליפי ניתוח בישראל פרק ד' – ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל פרק ה' – שירותים אמבולטוריים פרק ו' – כתב שירות: רפואה משלימה

תמצית פרטי הפוליסה			
כמפורט בס' 20, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: תרופות (ס' 4), ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 5), ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 5),			הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק השתלוח (ר' סעי' 3.6, 3.7, 3.8 ו-6.2)			גובה הפיצוי הכספי שאקבל
קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	שם הכיסוי	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
+		השתלוח וטיפולים מיוחדים בחו"ל	
+		תרופות	
	+	ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	
+		ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	
+		שירותים אמבולטוריים	
+		כתב שירות	

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

תמצית פרטי הפוליסה				
עלות הביטוח הפרמיות מוצגות נכון לחודש מאי 2024 וצמודות למדד 13880 שפורסם 15.04.2024	המבוטח (גילאים)	מסלול ניתוחים באמצעות נותן שרות	ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	
	עובד/ת	115.30 ₪	109.55 ₪	
	בן/בת זוג	115.30 ₪	109.55 ₪	
	ילד/ה עד גיל 25*	35.60 ₪	33.70 ₪	
	ילד/ה מעל גיל 25	115.30 ₪	109.55 ₪	
*ילד שלישי ואילך באותה משפחה – חינם.				
	גמלאים מבוטחים	מסלול ניתוחים באמצעות נותן שרות	ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	
	0-25	35.55 ₪	34.80 ₪	
	26-45	115.30 ₪	109.55 ₪	
	+46	273.90 ₪	261.30 ₪	
הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.04.2024 וכן בכפוף לסעיף התאמת הפרמיה המפורט בסעיף 9.8 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- כנס למחשבון מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.				

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
השתלות איברים שנלקחו מגופו של אדם	ס' 3: השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. עד 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם.	90 יום
טיפול מיוחד בחו"ל	ס' 3.2 : ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות מהתנאים המפורטים בס' 1.2	עד 800,000 ₪.	90 יום
הוצאות אשפוז בחו"ל	ס' 3.3.7: הוצאות עבור 360 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; 300 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	-	90 יום
הוצאות איתור איבר להשתלה	ס' 3.4.1: הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום, לרבות איתור תורם מח עצם.	עד 100,000 ₪.	90 יום
קציר האיבר המושל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה	ס' 3.4.2: הוצאות לפעילות רפואית נדרשת, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה	עד 100,000 ₪.	90 יום
הוצאות שימוש/השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה	ס' 3.4.3	עד 1,000,000 ₪	90 יום
הוצאות נסיעה לחו"ל	ס' 3.4.4: הוצאות הכוללות היטל נסיעה למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין	עד 25,000 ₪	90 יום

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית	ס' 3.4.5: הוצאות הטסה למבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגיל	עד 100,000 ₪.	90 יום
הוצאות שהייה סבירות בחו"ל	ס' 3.4.6: הוצאות שהייה ליום ליחיד ולמלווה או לקטין 21 למלווים בעת השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל.	עד 1,000 ₪ למלווה יחיד 1,500 ₪ לזוג מלווים ועד 200,000 ₪	90 יום
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	ס' 3.4.7: הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל במקרה ולא ניתן להטיס המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.	-	90 יום
הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר אשפוז	ס' 3.4.8: הוצאות הנובעות מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל שנעשים בארץ או בחו"ל.	עד 150,000 ₪	90 יום
הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל	ס' 3.4.9: הטסת גופת המבוטח אם המבוטח נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל.	ללא תקרה	90 יום
תשלום מעקב בחו"ל לאחר השתלה	ס' 3.4.10: כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול	עד 30,000 ₪	90 יום
תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה	ס' 3.6: ללא השתתפות החברה במימון, ישולם פיצוי של 350,000 ₪.	-	90 יום
תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה	ס' 3.7: ללא השתתפות החברה במימון, ישולם פיצוי של 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל ו100,000 ₪ עבור השתלה בארץ.	-	90 יום
גמלה חודשית עבור השתלה אשר בוצעה בחו"ל	ס' 3.8: גמלה שתשולם למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודשים.	5,000 ₪	90 יום

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
טיפול ניסיוני בחו"ל – הוצאות נסיעה לחו"ל	ס' 3.9.2 : עד תקרה של כרטיס טיסה הלוך וחזור למבוטח ולמלווה, קטין – 2 מלווים	עד 20,000 ₪	90 יום
טיפול ניסיוני בחו"ל – הוצאות הטסה מיוחדת	ס' 3.9.3 כולל ליווי ע"י רופא, ציוד רפואי, הוצאות העברה יבשתית	עד 100,000 ₪	90 יום
טיפול ניסיוני בחו"ל – הוצאות שהייה בחו"ל	ס' 3.9.4	מלווה אחד, קטין 2 מלווים עד 60 יום ועד 1,000 ₪ לאדם.	90 יום

פרק ב' – 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 בס' 1.1: 1. תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת האחת מהמדינות המפורטות בסעיף 1.1.1 לפוליסה. 2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 1.1.2 לפוליסה. 3. תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL. 4. טיפול תרופתי בתרופת יתום. 5. טיפול תרופתי בתרופה מכוח סעיף 29ג'	5,000,000 ₪ למשך תקופת הבדיקה . בגין טיפול תרופתי בתרופת 29ג'- עד 250,000 ₪ ושהטיפול יעיל תכסה הפוליסה המשך טיפול בעלות 500,000 ₪	90 יום	150 ₪ למרשם לחודש ועד 300 ₪ לכל המרשמים לחודש. לא תחול השתתפות עצמית לתרופות למלחת הסרטן או שעלותן הכוללת לחודש הינה מעל 10,000 ₪.
שירות/ טיפול נלווה	סעיף 3.6: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.	עד 200 ₪ ליום ועד 60 יום	90 יום	-

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

פרק ג' 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם ; 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי .	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (1,000 ₪)	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). הכל 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 המירבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	
הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן). תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.			

פרק ד' - ניתוחים ומחליפי 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
ניתוח בחו"ל / מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 1	<u>תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 1:</u> באמצעות נותן שירותים שבהסכם: לא תחול תקרת סכום שיפוי. <u>באמצעות נותן שירותים שלא בהסכם:</u> ניתוח בחו"ל - 150% (או 200% במקרה של ניתוח לסילוק גידול) מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל ובנוסף השיפוי כפוף ל תתי התקרות השיפוי המפורטות מטה.		
מנתח/מרדי	ס' 1.3	-	90 יום	-
הוצאות הטסה רפואית	ס' 1.4.1	עד 85,000 ₪	90 יום	-
הוצאות טיסה ושהייה	ס' 2.3: הוצאות טיסה לחו"ל למבוטח ומלווה אחד (אם המבוטח קטין-כיסוי מלא ל 2 מלווים). הוצאות שהייה ליום למבוטח ולמלווה או לקטין ול 2 מלווים	לשהייה - עד 700 ₪ ליום למבוטח ו- 700 ₪ כל מלווה (2 מלווים לקטין) עד 25,000 ₪ ליום לתקופה מרבית של 21 יום.	90 יום	-
כיסוי להוצאות הטסת גופה	ס' 1.4.3: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.	כיסוי מלא	90 יום	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הבאת מומחה מחו"ל	ס' 1.4.4 :	100,000 ₪	90 יום	-
הוצאות שהייה לאחר ניתוח	ס' 1.4.5: החזר הוצאות שהייה למבוטח ולמלווה אחד (לקטין 2 מלווים) עד 5 ימים לא יותר מ700 ₪ ליום	-	90 יום	-

פרק ה' - שירותים אמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי 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 מבוטח ודרכי טיפול אפשריות. הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה, רופא ילדים ומעקב הריון (רופא ילדים מומחה – התייעצות אחת).	עד 1,000 ₪ להתיעצות : עד 3 התייעצויות לשנת ביטוח	90 יום	20%
חוות דעת שנייה של מומחה בחו"ל	ס' 3.2: החזר עלויות של חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל.	עד 4,500 ₪ לחוות דעת אחת ולמקרה ביטוח.	90 יום	-
בדיקות רפואיות אבחנתיות	ס' 3.3: השתתפות בבדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, טומוגרפיה ממוחשבת, תהודה מגנטית וטומוגרפיה. תקרה נוספת לבדיקת MRI.	עד 5,000 ₪ לשנת ביטוח	90 יום	20%
חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	ס' 3.4: השתתפות חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל	עד 4,500 ₪	90 יום	20%
חוות דעת שנייה לפיענוח בדיקות הדמיה	ס' 3.5: השתתפות חוות דעת שניה לפיענוח בדיקות הדמיה	עד 2,000 ₪	90 יום	15%
טיפול פיזיותרפיה והידרתרפיה	ס' 3.6: התשלום יועבר ישירות לנוות השרות לפי הוראות רופא שבהסכם או ישופה המבוטח כנגד קבלות.	עד 12 טיפולים לשנת ביטוח ולא יותר מ160 ₪ לטיפול	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפולים אונקולוגים	ס' 3.7 החזר בגין טיפולים כמפורט בסעיף	עד 50,000 ₪ לכל שנת ביטוח ו200,000 ₪ לטיפול בהימופילטרציה או פרפוזיה ישירה	90 יום	
בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות	ס' 3.8 כמפורט בסעיף	עד 30,000 ₪	90 יום	750 ₪
מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי	ס' 3.9: שיפוי להוצאות שהוציא בפועל כדמי שירות מינוי למשדר קרדיולוגי.	עד 150 ₪ לחודש לתקופה מרבית של 24 חודשים	90 יום	-
טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	ס' 3.10: השתתפות בעלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום והפרעות נשימה. בהפניית רופא מומחה בכתב בלבד.	4,000 ₪ לשנת ביטוח.	90 יום	25%
שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי או טיפול ב AMBLYOP IA	ס' 3.11: השתתפות בהוצאות במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה בעקבות אירוע מוחי / ניתוח/ מחלה.	200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
אביזרים רפואיים	ס' 3.12: כמפורט בסעיף	עד 2,000 ₪ לפריט לתקופת בדיקה	90 יום	20%
כיסוי לטיפול בחדר מלח	ס' 3.13: השתתפות בהוצאות לטיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת. בתנאי כי הטיפול אושר בכפוף למרשם רופא מומחה, הממליץ על הצורך בקבלת הטיפול.	עד 10 טיפולים לשנת ביטוח. ולא יותר מסכום השיפוי של 120 ₪ לטיפול.	90 יום	-
הזרקת חומרי סיכון למפרקים: אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP	ס' 3.14: שיפוי בעבור הזרקת חומרי סיכון	עד 4,000 ₪ לסדרת טיפולים	90 יום	-
טיפול בגלי הלם	ס' 3.15: כמפורט בסעיף	עד 3,500 ₪ לסדרה	90 יום	-
הדפסת אברים	ס' 3.16: כמפורט בסעיף עד 2,000 ₪ עבור הדמית תלת מיימד. 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מיימד של איבר לצורך המחשה.	35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מיימד של איבר להשתלה. 15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מיימד של כלי עזר לניתוח	90 יום	10%
הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאב גב או בלט דיסק,	ס' 3.17: זריקות לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק,	עד 5,000 ₪ להזרקה או לסדרות	90 יום	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הזרקות לוורידים הגפיים/טיפול בלייזר בוורידים הגפיים	ס' 3.18 במפורט בסעיף	עד 5,000 ₪ לסדרת טיפולים או לכל הטיפולים	90 יום	-
טיפול ממוקד במחלת הסרטן	3.19 כמפורט בסעיף	עד 50,000 ₪	90 יום	-
הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מגרנה	ס' 3.20 כמפורט בסעיף	עד 6,000 ₪ לסדרת טיפולים או לכל הטיפולים	90 יום	-
הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית	ס' 3.21	עד 2,000 ₪ לטיפול בודד ולא יותר מ10,000 ₪	90 יום	-
אבחון בעיות התפתחות של ילדים	ס' 3.22 אבחון למבוטח מגיל 3-16 הכולל קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי	עד 2,500 ₪ לתקופת ביטוח	9 חודשים	20%
טיפול בבעיות התפתחות הילד	ס' 3.23: השתתפות בטיפולים ואבחונים בבעיות התפתחות הילד לילדים בגילאי 3-16	150 ₪ לטיפול עד 12 טיפולים לתקופת ביטוח	9 חודשים	20%
טיפול פריון והפריה חוץ גופית בארץ או בחו"ל	ס' 3.24: השתתפות בהוצאות טיפולי פריון לכל ילד ועד 2 ילדים לסדרת טיפולים אשר יבוצעו בגופה של המבוטחת בהמלצת רופא פריון.	עד 20,000 ₪.	9 חודשים	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
בדיקות הריון	ס' 3.25: החזר הוצאות בגין בדיקות הריון שבוצעו בגופה של המבוטחת.	עד ל 4,500	9 חודשים	20%

פרק ו' – כתבי שירות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	השתתפות עצמית	
רפואה משלימה	סעיף 2.1-2.2 לכתב השירות: טיפולי רפואה משלימה במרפאות הסדר לפי סוגי הטיפולים המפורטים בתכנית.	עד 15 טיפולים בשנת ביטוח ועד 20 טיפולים למשפחה. עפ"י אבחנת רופא המשפחה או רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	20% השתתפות עצמית ולא יותר מ100 ₪ כולל מע"מ לכל טיפול.	

- 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.fnfx.co.il.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי רכבת ישראל ובני משפחותיהם

1. מבוא:

1.1 המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.

1.2 כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד ולצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.

1.3 אלא אם כן הם מוגדרים במפורש בהסכם הביטוח, הגדרת המונחים המופיעים בהסכם הביטוח תהיה זהה להגדרתם בנספחים המצורפים אליו.

1.4 **בעל הפוליסה :** מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבטחים והנו: המעסיק לגבי עובדיו ובני משפחתם – רכבת ישראל ח.פ 520043613.

1.5 **המבטח:** הפניקס חברה לביטוח בע"מ

1.6 בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות הסכם הביטוח לבין נספחיו, ו/או בין הוראות נספחי ההסכם (בינם לבין עצמם), אשר מבטח רכבת עשוי להבין כי הפרשנות המיטיבה עימו היא פרשנות החלה על מצב העניינים הרלבנטי, אזי יחול אותן הוראות, ויוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החביות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין, הוראות הסכם הביטוח על נספחיו יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים על פי כל דין ולא כבאות לגרוע מהן.

2. המבוטחים:

2.1 **מבוטחים-** עובדים אצל בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין) וילדיהם, לרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים, לרבות ידועה/בציבור, בני/בנות זוגם של ילדי העובד וילדיהם (נכדים), גמלאים ושאינם של גמלאי שנפטר וילדיהם (להלן: "המבוטחים"), בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על- ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח.

2.2 יובהר כי גריעת מבטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועברו תצהירים בכתב, המאשרים את העובדה שגרירתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב.

2.3 גיל המבוטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות) (להלן: " **הגיל הקובע**"). למען הסר ספק,

לצורך חישוב דמי הביטוח חישוב הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 30 ו10 חודשים יחשב כגיל 30.

3. מהות הביטוח:

3.1 הכיסויים בהסכם הביטוח והפוליסה:

- 3.1.1 כיסוי להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל – **פרק א'**
- 3.1.2 כיסוי לתרופות שלא בסל הבריאות – **פרק ב'**
- 3.1.3 כיסוי מורחב לניתוחים ומחליפי ניתוח עם נותן שירות שבהסכם – **פרק ג' 1** או **פרק ג' 2** – ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
- 3.1.4 כיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל – **פרק ד'**
- 3.1.5 כיסוי לשירותים אמבולטוריים – **פרק ה'**
- 3.1.6 כתב שירות – רפואה משלימה

3.2 רשימת גבולות אחריות המבטח - כמפורט בפרקים.

3.3 במקרה שתפורסם בחוזר, תקנה, הנחיה ו/או כל הוראה אחרת של המפקח על הביטוח ("חוזר") לאחר חתימת הסכם זה המיטיבה את תנאי הביטוח, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה. אם ליישום החוזר תהיה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם.

בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ו/או בפוליסה ולדרוש לעדכןם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור ישנה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

3.4 במידה והחליט בעל הפוליסה לשנות ו/או לעדכן את תנאי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבדיקתו של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח, אשר תימסר למבטח בתוך 60 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי תוספת הפרמיה בתוך פרק הזמן של 60 יום כאמור לעיל.

3.5 במקרה שיפורסם חוזר לאחר החתימה על הסכם זה הגורעת מתנאי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, והמחייבת את יישומו תוך כדי ההסכם, יותנו השינויים בהפחתת דמי הביטוח בהתאם.

3.6 בעל הפוליסה מינה את ארגון עובדי הרכבת (וועד העובדים) לשמש כמנהל הפוליסה ולפעול מול המבטח.

4. תקופת הסכם הביטוח:

4.1 תקופת הסכם הביטוח והפוליסה (להלן: "**ההסכם**" או "**הביטוח**") הינה 5 שנים, שתחילתן בתאריך 01/06/2021 (להלן: "**המועד הקובע**") וסיומן בתאריך 31/05/2026 (להלן: "**תקופת ההסכם**").

4.2 בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.

4.3 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור לעיל ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה.

4.4 פחת מספר המבטוחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5. הצהרות והתחייבויות המבטח:

5.1 המבטח מצהיר ומתחייב כי יש בידיו את כל ההיתרים, הרישיונות והאישורים המדרשים על-ידי כל גוף שלטוני ועל-פי כל דין, לשלם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם ביטוח זה, כי ימלא אחר הוראות כל היתר ו/או רישיון ו/או כל דין בהקשר עם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם ביטוח זה, וכי יפעל, בעצמו ועל חשבונו להשגת כל אישור, היתר או רישיון חדש, ככל שיידרש, ולשמירת אלו הקיימים בידיו כאמור בתוקף מלא לכל אורך תקופת הסכם הביטוח.

5.2 המבטח מאשר ומצהיר כי הינו בעל הידע, הניסיון, המיומנות, היכולת, המשאבים, כוח האדם המיומן, היכולת הפיננסית וכל האמצעים הנדרשים, בפועל ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח על-פי הוראות הסכם הביטוח ועל פי כל דין, ולשם ביצוע כל התחייבויותיו מכוח הסכם הביטוח, במלואן ובמועדן, וכי יגרום לכך שלכל אורך התקופה במהלכה הוא יעניק את שירותי הביטוח, יישארו ברשותו כל האמצעים והמשאבים הנזכרים בסעיף זה.

5.3 המבטח מצהיר ומתחייב כי אין כל מגבלה חוקית, עסקית, חוזית או אחרת המגבילה אותו ו/או המונעת ממנו ו/או העלולה להגביל אותו ו/או למנוע ממנו מלהעניק את שירותי הביטוח, ולבצע את התחייבויותיו כאמור בהסכם הביטוח במלואן ובמועדן, כי יבצע את הוראות הסכם הביטוח בנאמנות, במקצועיות, בתום לב ובמסירות.

6. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו:

6.1 **תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, על כל נספחיהם לגבי כל אחד מהמבטוחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:**

(א) עובד/ת – היום בו החל את עבודתו אצל בעל הפוליסה ונרשם בקובץ המבטוחים אצל בעל הפוליסה או במועד בו מילא טופס הצטרפות במידה ונדרש.

(ב) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

(ג) הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב, במקרה שהו נדרש מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה.

(ד) בהצטרפות וולונטרית של בני משפחה – בראשון לחודש העוקב לאחר מילוי טופס הצטרפות (לרבות הצהרת בריאות).

6.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים :

(א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים, במידה ולא המשיך להיות מבוטח כגמלאי של בעל הפוליסה .

(ב) בתום תקופת הסכם הביטוח כמצוין לעיל.

(ג) היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא.

(ד) מובהר כי "ילד" יחשב עד גיל 25 ולאחר מכן ייחשב "ילד בוגר". לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד וכל עוד העובד מבוטח בהסכם (ויובהר כי עובד לא חייב להיות מבוטח כדי שבני משפחתו ימשיכו להיות מבוטחים) 90- יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 25, ישלח המבוטח הודעה לעובד לגביי הגעת הילד לגיל הקובע (25) ועליית התעריף לפרמיה של ילד בוגר, במידה ובחר העובד שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר- יוכל העובד ו/או הילד הבוגר להמשיך בביטוח פרט בהתאם לקבוע בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה.

7. אופן ההצטרפות לביטוח:

7.1 מבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה.

7.1.1 מועד תחילת הביטוח מבחינתם יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח הקודם אם היה כזה או מועד תחילת הביטוח הנוכחי אם לא היה למבוטחים באמצעות בעל הפוליסה ביטוח קודם. עובדים ו/או בני משפחה שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, הצהרת הבריאות לרבות החרגות יהיו בתוקף 12 חודשים בלבד ממועד הצטרפותם להסכם הביטוח.

7.2 עובד חדש אצל בעל הפוליסה או עובד שחזר מחל"ת ובתנאי שבמועד תחילת ההסכם היה בחל"ת, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או תוך 90 יום מהמועד בו הפך עובד לזכאי להסדר זה על פי החלטת בעל הפוליסה. מועד הצטרפותו לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרף להסכם הביטוח בפועל .

7.3 עובד קיים או בן משפחה של עובד קיים שבחר שלא להצטרף לביטוח הקודם, יוכל להצטרף לאחר מילוי טופס הצטרפות ללא הצהרת בריאות אם יצורפו במהלך 60 ימים מיום חידוש הפוליסה. לאחר מועד זה יוכלו להצטרף לאחר שמילאו טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.

- 7.4** בני משפחה הזכאים להיות מבוטחים ע"פ הגדרת מבוטח בסעיף לעיל ואשר לא היו מבוטחים בביטוח הקודם יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכויותם תוך 90 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או תוך 90 יום מהמועד בו הפך העובד לזכאי להסדר זה על פי החלטת בעל הפוליסה.
- 7.5** עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 90 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. מועד תחילת הביטוח למצטרפים על פי סעיף זה יהיה המועד בו הצטרפו להסכם ביטוח זה בפועל.
- 7.6** תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם).
- 7.7** עובדים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מפרקי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 יום ממועד קבלת כל המסמכים הנדרשים למבטח.
- 7.8** הזכאים להיות מבוטחים ע"פ הגדרת מבוטח בסעיף לעיל יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 7, וזאת בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי בני משפחה של עובד יהיו רשאים להצטרף לביטוח גם אם העובד לא מבוטח.
- 7.9 מבוטח חוזר-** מבוטח שגרע עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף בהמשך לביטוח מחדש, יחויב במילוי הצהרת בריאות וחיתום וקבלת אישור המבטח על הצטרפותו מחדש לביטוח עפ"י הסכם זה.
- 7.10 יובהר כי מבוטח שנדחה בעבר מהביטוח ו/או ביטל הצטרפותו במהלך תקופת הביטוח הקודמות לא יוכל להצטרף ללא הצהרת בריאות וחיתום במסגרת חלון כאמור בסעיף 7.3 לעיל.**
- 7.11** יובהר כי גריעת מבוטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול הפוליסה שלאותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועברו על ידי בעל הפוליסה תצהירים בכתב, המאשרים את העובדה שגריעתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב.
- 7.12** במידה והמבוטח נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות כרטיס אשראי/ הוראת קבע אישית למבטח.

- 7.13** נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, גילה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאלה מבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבוטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 7.14** הודיע המבוטח למבוטח על מצב רפואי מסוים, והא המבוטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתקבע ע"י המבוטח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לרבות בתקופות מחודשות. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 7.15** הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבוטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 7.16** על אף כל האמור לעיל, עובדים ובני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, ואישור תשלום הפרמיה לשלושה חודשים אחרונים), יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפות לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על הכיסויים החופפים במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי.
- 7.17** מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 15 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבוטח. למען הסר ספק, שולמו למבוטח דמי ביטוח בטרם ניתנה החלטת המבוטח כאמור, לא יהווה האמור ראייה להסכמה לקבלה לביטוח. קרה מקרה הביטוח בטרם נתן המבוטח את החלטתו בדבר הקבלה לביטוח, באם לפי הוראות החיתום הקיימות אצל המבוטח לגבי מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, המבוטח היה מודיע למבוטח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח, ישלם המבוטח למבוטח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי הקבוע בתכנית הביטוח.
- 7.18** פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ, 50- לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.19** צירוף מבוטח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:
- (א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד (ג) לחוק עובדים זרים;
- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצטרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו -פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח

בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרק כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של עובד בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, 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 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.

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

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

8. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם(המשכיות):

8.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח מסיבה כלשהיא או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי לרבות: פיטורין, עזיבת עבודה או גירושין, יוכל כל מבטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים) ובהנחה מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח.

8.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

8.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב 30 יום לפני מועד סיום הביטוח ועד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

8.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.

8.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

8.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

8.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

8.8 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

9. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח:

9.1 דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם הינם כמפורט:

הפרמיות מוצגות נכון לחודש מאי 2024 וצמודות למדד 13880 שפורסם ב-15.04.2024	ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסדר וטיפול מחליפי ניתוחי פרטיים בישראל	ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסדר וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
מבוטח	₪ 115.30	₪ 109.55
בן/בת זוג/ילד בוגר	₪ 115.30	₪ 109.55
ילד עד גיל 25*	₪ 35.60	₪ 33.70

גמלאים מבוטחים	ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסדר וטיפולים מחליפי ניתוחי פרטיים בישראל	ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסדר וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
0-25	₪ 35.55	₪ 34.80
26-45	₪ 115.30	₪ 109.55
+46	₪ 273.90	₪ 261.30

- ילד – עד גיל 25
- ילד שלישי ואילך חינם .

אופן התשלום: עובד ובני משפחתו -בניכוי מהשכר.

9.2 בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים ובני משפחתם ולמעט לגבי המבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעות אמצעי גבייה אישי.

9.3 מבוטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה הם נמצאים בחופשת לידה או בחל"ת בתנאי ששמן יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או משולמת פרמיה באמצעות גבייה אישית.

9.4 דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה 25 - בכל חודש בגין החודש הקודם.

9.5 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "**מדד הבסיס**").

9.6 מדד קובע שפורסם ביום 15/05/2021 **12476** נק'

9.7 קביעת דמי ביטוח - תקנה(5 ב) (לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי: מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים, חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של עובד בקבוצת המבוטחים -המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה "העלאה של דמי ביטוח"-

9.7.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

9.7.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

9.7.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

9.7.4 במהלך תקופת הביטוח -בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

9.7.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

9.8 התאמת דמי הביטוח:

בתום 30 חודשים מיום תחילת ההסכם 1 יוני 2021 יהא רשאי המבטח להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבוטחים ליתרת תקופת הביטוח וזאת על-פי המוסכם בין שני הצדדים.

10. גביית דמי הביטוח:

10.1 מוטלת על המבוטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס' או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של עובד בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.

10.2 מבטח לא יצרך מבטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה לאחר שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד(להלן: "**הסכמה מפורשת**"). במקרים בהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי.

10.3 האמור בסעיף 10.1 לעיל לא יחול על הסכם הביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

10.3.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות ממועד חידושה.

10.3.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין אותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי"- שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "**רצף ביטוחי**").

10.4 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

10.5 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי המבוטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש

לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטוח שהודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שירה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

11. תשלום בעת תביעה :

11.1 בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבטוחים לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטוח לשפות ולשלם למבטוח סכומים כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבטוח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בגין הוצאות ממשיכות אשר הוצאו בפועל ו/או לפצות את המבטוח ו/או לשלם ישירות לספק השירותים והכל בכפוף ובהתאם להוראות ולסייגים הקבועים בפוליסה ובהתאם לכיסוי המפורט בפוליסה, ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטוח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם בתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבטוח עפ"י הוראות הסכם זה ושמו מופיע ברשימת המבטוחים שנמסרה למבטוח בהתאם לסעיף 7.8 להלן.

11.2 אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטוח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור התביעה. המבטוח ישפה את המבטוח כנגד המצאת קבלות מקוריות/ העתקי קבלות ונאמן למקור עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 ימי עבודה בכפוף לאמור התחייבות המבטוח לתשלום תביעה תהיה עד 14 ימי עבודה מרגע שאושרה התביעה ע"י המבטוח.

12. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה, רשימות ותעודות:

12.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:

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

12.1.2 כי הינו תאגיד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם או מעביד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם, אף אם העובדים או הגמלאים אינם מבטוחים וכן בני משפחה של עובדים שנפטרו שהמבטוח ממשיך לבטחם; לעניין פסקה זו, "מעביד" – לרבות מבטוח.

12.1.3 כי הינו בעל הפוליסה לגבי גמלאי ובני / בנות זוגם וילדיהם לרבות ידועים בציבור ובני זוג מאותו המין.

12.1.4 בעל הפוליסה ימסור לחברה מידע לגבי קבוצת המבטוחים, בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על פי הדין ולפי ההסכם. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב בעל הפוליסה להעביר למבטוח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטוח במלואה או בחלקה או הרחבתה 30 יום מראש, ומידע עדכני על כל מבטוח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא. מידע שימסור בעל הפוליסה למבטוח על פי סעיף זה יכלול מידע אך ורק לגבי עובדים המבטוחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגבי מבטוחים בהוראת קבע אישית.

12.2 ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה בקבוצה המבוטחת.

12.3 לא יאוחר מ- 15 בכל חודש, יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת העובדים ובני המשפחה המבוטחים בחודש הקודם לדיווח, בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, ואת גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, הכל עפ"י פורמט קובץ מבוטחים שיועבר מהמבטח לבעל הפוליסה.

12.4 קובץ הדיווח החודשי יכלול את מצבת המבוטחים העדכנית והמלאה עבור אותו החודש למען הסר ספק, קובץ הדיווח יכלול מידע אך ורק לגבי עובדים ובני המשפחה המבוטחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגבי מבוטחים בהוראת קבע אישית.

למען הסר ספק, מועמדים לביטוח שידרשו למלא הצהרות בריאות וחיתום, לא יחשבו מבוטחים על פי הסכם זה, וזאת עד להשלמת הליך החיתום והודעת המבטח בכתב בדבר הסכמתו ותנאיו לקבלת המועמדים לביטוח וקבלת תשלום דמי הביטוח לראשונה עבורם. תשלום פרמיה על ידי בעל הפוליסה בגין מבוטחים אלו, מבלי שניתן אישור מפורש מהמבטח כאמור, לא ייחשב כאסמכתא להיותם מבוטחים, והמבטח לא יהיה חייב בכיסוי בגין צירופם לביטוח ללא אישור כאמור.

13. מתן מסמכים והודעות למבוטח:

13.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור 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 21 להלן **(ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח)**, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי; (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.

(א) 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 תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח ויפרט (א3) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

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

13.3.1 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח; "חידוש ביטוח" – למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה שלוש חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבטח על חידוש לתקופה נוספת.

13.4 חלה על מבוטח, 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 דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

14. פיגורים בתשלומים:

14.1 לא שולמו דמי הביטוח במועד, המבטח ייתן ארכה לתשלום דמי הביטוח החודשיים למשך 90 יום נוספים לאחר מועד התשלום הקבוע בהסכם זה ויודיע על כך מידית לבעל הפוליסה במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה בכפוף להוראות החוק.

14.2 לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 10.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום מהמועד הקבוע לתשלום דמי הביטוח, שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים. המבטח לא יהיה אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.

14.3 אחרי 90 יום ממועד תשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.

15. תגמולי ביטוח :

15.1 המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

15.2 במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת

חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

15.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות.

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

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

15.6 נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השרות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

16. תחלופ (סברוציה):

16.1 מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

16.2 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.

16.3 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

17. ביטוח כפל: המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר. בפוליסות שתגמולי הביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

18. תביעות :

18.1 בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח בחו"ל, בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל, יודיע על כך למבטח ויקבל את התייחסות המבטח לתביעה בכתב תוך זמן סביר ובהתחשב במצבו הרפואי של המבוטח ובדחיפות הבעיה הרפואית. למען הסדר הטוב, מובהר כי למבטח הזכות להחליט אם ברצונו לקבל את הטיפול הרפואי בישראל או בחו"ל, במידה והכיסוי קיים בחו"ל, ובכפוף להוראות הסכם זה.

18.2 אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח ו/או קבלת טיפול רפואי דחוף במבוטח ושמונע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ו/או הטיפול הרפואי הדחוף ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות פוליסה זו בתנאי שהתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום או הטיפול הרפואי טיפול חירום, דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטח תוך זמן סביר העולה ממצבו של המבוטח, ולא יותר מ-45 יום ממועד ביצוע הניתוח ו/או קבלת הטיפול הרפואי.

18.3 המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

18.4 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

18.5 העתק קבלות מקוריות-במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויצוין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגביי הסכום שתבע או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

18.6 אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

18.7 בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות או העתק קבלות בצירוף הסבר למי נשלחו מהמסמכים המקוריים ופירוט הסיבה למה לא יכול המבוטח להמציאם למבטח.

18.8 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

18.8.1 ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

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

18.8.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

18.8.4 תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

19. מצב רפואי קודם:

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

"סייג בשל מצב רפואי קודם" – סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

19.2 **תחולת חריג מצב רפואי קודם:** סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו ב"מועד הקובע" כהגדרתו להלן:

19.2.1 פחות מ-65 שנים – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד קובע או ממועד הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם לגבי מבוטחים קיימים.

19.2.2 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע או ממועד הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם לגבי מבוטחים קיימים.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יוגדר כדלהלן: למבוטחים חדשים יחשב ה"מועד הקובע" כמועד הצטרפותם להסכם זה.

19.3 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרה הבריאות על מצב בריאות מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

19.4 הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים יאה המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתקבע ע"י המבטח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לרבות בתקופות מחודשות.

19.5 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

19.6 על אף האמור לעיל, לגבי מבטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח) ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם או לביטוח הפרטי / הקבוצתי, בהתאמה, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים.

20. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו על כל פרקיהם:

20.1 המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

20.1.1 מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, ותקופת אכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה, בכל אחד מפרקי הפוליסה.

20.1.2 פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

20.1.3 פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

20.1.4 שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).

20.1.5 מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

20.1.6 מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

20.1.7 טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון, ובדיקות שיגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.

20.1.8 ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסטטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.

20.1.9 ניתוחי עיניים וטיפולים לתיקון קוצר ראייה ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי שני רופאים מומחים בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינם הרופא המבצע את הניתוח.

20.1.10 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי שני רופאים מומחים בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינם הרופא המבצע את הניתוח.

20.1.11 טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינקי.

21. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

21.1 חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה (4 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 לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

21.2 חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי 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 בתקנה 4(ב) (2); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" - למעט מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

21.3 על אף האמור בתקנה (9 ב), 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 בתקנה 1 (2), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

22. תנאי הצמדה למדד:

22.1 כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן כמפורט להלן:

22.1.1 "המדד" - משמעו 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.

22.1.2 "המדד היסודי" - "המדד שהיה ידוע במועד תחילת הביטוח. מדד שיפורסם ביום 15/05/2021

22.1.3 "המדד הקובע" - "משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

22.2 כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

22.3 כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

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

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

24. **התיישנות התביעות** תקופת ההתיישנות של התביעה לתגמולי ביטוח היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

25. **ברות ביטוח**

25.1 שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן:

25.1.1 חלופה א: 'לשלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל 50% - מדמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה אשר היו משולמים על ידו אם היה שווה בארץ. עם שובו של המבטח ארצה יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבטח רגיל ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו ארצה.

25.1.2 חלופה ב: 'להמשיך ולשלם באמצעי גבייה אישי את דמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה ואשר היו משולמים על ידו אם היה שווה בארץ. בזמן שהותו של המבטח בחו"ל, יהא זכאי לכל השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם הביטוח והפוליסה רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

26. **אחריות המבטח:** חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בהסכם זה המבוצעים במדינת ישראל או בחו"ל, בכפוף להוראות ההסכם ובלבד שהוכחה זכאותו של המבטח. המבטח ישפה את בעל הפוליסה ו/או היועץ בגין כל תשלום ו/או הוצאה בקשר עם כל תביעה או דרישה שתופנה, אם תופנה, על ידי צד ג' כל שהוא, הנובעת מהשירותים ו/או הכיסויים המפורטים בפוליסה. יובהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים שניתנו למבטחים.

27. כללי

27.1 כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי, תיקון ו/או ויתור, אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא אם כן נעשה במסמך אשר נחתם על-ידי שני הצדדים.

27.2 הסכם זה ממצה את מכלול היחסים בין הצדדים ולא תהא כל נפקות לכל משא ומתן, הבנה, הסכמה, התחייבות ומצג אשר היו, ככל שהיו, בין במפורש ובין במרומז, בין בכתב ובין בעל-פה, בין הצדדים עובר לחתימה על הסכם זה.

27.3 המבטח מתחייב לשמור על סודיות של מידע סודי של בעל הפוליסה כגון אך לא רק רשימות עובדים, פרטי ההסכם וכל מידע סודי אחר ולא לעשות בהן כל שימוש למטת מידע שהוא נחלת הכלל, או מידע המחויב בגילוי על פי חוק או לעניין יישומו של הסכם זה. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, המבטח מתחייב לשמור על סודיות מוחלטת בכל הקשור לכל נתוני המבוטחים המועברים אליה מכוח ובקשר להסכם זה ולא להעבירם לכל גורם אחר וכן לקיים לגביהם את כל הוראות הדין לרבות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, התקנות שחוקקו מכוחו והנחיות שפורסמו על ידי הרשות למשפט טכנולוגיה ומידע.

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

27.5 כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן:

המבטח: פניקס חברה לביטוח בע"מ
כתובת: רח' דרך השלום 53 גבעתיים

בעל הפוליסה: רכבת ישראל
כתובת: יוספטל 1, לוד

27.6 כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.

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

הגדרות כלליות- הכיסוי הביטוחי

1. **הגדרות:** הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.
 - 1.1 **החברה או המבטח** - הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
 - 1.2 **הפוליסה** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
 - 1.3 **תאריך תחילת הביטוח** 01.06.2021.
 - 1.4 **תאריך הצטרפות** – התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
 - 1.5 **הסכם הביטוח** - חוזה הביטוח מיום 01 יוני 2021 שבין בעל הפוליסה לסין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי
 - 1.6 **שנת ביטוח** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
 - 1.7 **בית חולים** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום בית החלמה/הבראה).
 - 1.8 **בית חולים ציבורי** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
 - 1.9 **בית חולים פרטי** - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי המופעל כבית חולים ציבורי המופעל כבית חולים פרטי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/שר"ן ו/או קרנות מחקר.
 - 1.10 **בית חולים שבהסכם** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו 1.4 -לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח
 - 1.11 **מעבדה** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
 - 1.12 **ישראל** - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
 - 1.13 **חו"ל** - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.

1.14 רופא מומחה - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.

1.15 מנתח בהסכם -רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל.

1.16 מנתח אחר -רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.

1.17 רופא מרדים -רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.

1.18 רופא מרדים בהסכם - רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.

1.19 רופא מרדים אחר -רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.

1.20 אשפוז - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבטח.

1.21 נותן שירות בהסכם - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.

1.22 אחות/אחות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.

1.23 שתל - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטל יושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות."**

1.24 ניתוח פעולה פולשנית - חדיריתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות.במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות

–חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמנ כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנחה לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה שלחומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימרו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי" ניתוח "כלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמייב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004 / 20 ביטוח** **"הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".הגדרה זו לא חלה על פרק ג' ניתוחים בארץ (אחידה).**

1.25 תחליף ניתוח בחו"ל טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבוטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו:

- א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי
- ב. רופא מטעם המבוטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול,
- ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בחו"ל.

1.26 רופא -רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.

1.27 פיזיותרפיה - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

1.28 מקרה הביטוח -מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.

1.29 טיפול ניסיוני -טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי;

1.30 בדיקה פתולוגית -בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על " חומר ביולוגי " אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שנבחן לחולה.

1.31 יום אשפוז - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.

1.32 יועץ מלווה - היועץ המלווה אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י ההסכם.

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

1.34 המבוטח/ים - עובדים אצל בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין) וילדיהם, לרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים, לרבות ידועה/בציבור, בני/בנות זוגם של ילדי העובד וילדיהם (נכדים), גמלאים של בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם, ילדיהם ונכדיהם, לרבות ידועה/בציבור ושאינם של גמלאי שנפטר וילדיהם.

1.35 שב"ן-תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פיסל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

1.36 חוק הביטוח - חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981

1.37 חוק הבריאות - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994

1.38 תקנות ביטוח בריאות קבוצתי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.

1.39 קופת חולים - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.

1.40 וועדת הליסינקי - ועדה הפועלת על סמך נוהל ליסינקי רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).

1.41 תקופת אכשרה - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.

1.42 תקופת המתנה - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מניין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשת בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.

1.43 בעל הפוליסה - מי שהמתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת ובלתי ניתנת לסתירה.

1.44 גיל הפרישה המוקדמת - כמשמעותו בסעיף 5 - לחוק גיל פרישה התשס"ד - 2004 .

1.45 גמלאי - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה:
(1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדיון או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שייצא לקצבה, במשך כל ימי חייו.

(2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

1.46 דמי הביטוח או הפרישה - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה על פי תנאי הפוליסה.

1.47 סכום ביטוח הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.

1.48 המדד - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.

1.49 דף פרטי הביטוח - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.

1.50 השתתפות עצמית - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

1.51 סייג בשל מצב רפואי קודם - חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

1.52 צירוף אוטומטי - יהיה במקרה של צירוף אוטומטי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ- 3 שנים.

1.53 צירוף בהסכמה - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח(מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).

פרק א'-השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות:

1.1.1 **המרכז הלאומי להשתלות** -יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל

1.2 **טיפול מיוחד בחו"ל** - טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.

1.2.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.

1.2.2 סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.

1.2.3 הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.

1.2.4 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

1.2.5 ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.

1.2.6 הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.

1.2.7 הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.

1.3 **השתלה** -השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

1.3.1 ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.

1.3.2 ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.

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

2. מקרה ביטוח:

2.1 צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו, בארץ או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

2.2 צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. התחייבות המבטח: בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל בתוך תקופת הביטוח עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות- בהשתלה למרכז שלא בסכום – תקרת שיפוי של עד 5,000,000 ₪. (הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:

לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח-2008.

3.1 לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם שיפוי מלא .

3.2 לטיפול/ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים, אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם- שיפוי מלא ואם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, עד 800,000 ₪.

3.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו 3.2 – יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:

3.3.1 תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל.

3.3.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושגלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.3.3 שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;

3.3.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;

3.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;

- 3.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
- 3.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 360 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם
- 3.3.8 תשלום עבור הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לשם ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל.
- 3.3.9 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.
- 3.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף: 3.3
- 3.4.1 הוצאות לצורך איתור האיבר המושלל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם - עד תקרת ₪ 100,000
- 3.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושלל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד 100,000 ₪
- 3.4.3 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם – עד תקרת הסכום 1,000,000 ₪
- 3.4.4 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, כולל לצורך ביצוע בדיקת הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום 25,000 ₪ נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.4.5 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצידוד 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 100,000 ₪
- 3.4.6 הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד 1,000 ₪ למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג מלווים ליום ועד 200,000 ₪
- 3.4.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או ליעוץ למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.4.8 הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוסס שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת הסכום 150,000 ₪

3.4.9 תשלום עבור העברת גופת המבוסס לישראל, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.4.10 תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, עד ל-30,000 ₪

3.5 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.10 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוסס בחו"ל (כולל סעיפים, 3.4.4 – 3.4.7, 3.4.5 הוצאות ששולמו בארץ).

3.6 תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה – מבוסס אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוסס בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪. למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוסס תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוסס אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוסס יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

3.7 תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה – עבר המבוסס השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל את הפיצוי המגיע לו ובלבד שחתם על תצהיר כי עבר את ההשתלה בכפוף להוראות חוזר ביטוח 1-1-2009 וכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח 2008 – ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה, יקבל המבוסס פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל ו-100,000 ₪ עבור השתלה בארץ. המבוסס יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה. למען הסר ספק, המבוסס רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.6 או 3.7 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוסס פיצוי על פי סעיף 3.6 או, 3.7 לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1 ו-3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.8 להלן.

3.8 גמלת החלמה לאחר השתלה

3.8.1 עבר המבוסס השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטח למבוסס, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוסס על פי פרק זה, פיצוי חודשי בגין שירותי סיוע בתפקוד הנדרשים לאחר השתלה בסך 5,000 ₪ למשך 24 חודשים החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל.

3.8.2 נפטר המבוסס לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.

3.9 טיפול ניסיוני בחו"ל

3.9.1 נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי (להלן: "מבצע הניסוי"). ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבוטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה של המבוטח בחו"ל כדלקמן:

3.9.2 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 20,000 ₪ נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

3.9.3 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 100,000 ₪

3.9.4 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך 1,000 ₪ ליום לאדם.

4. תקופת אכשרה תקופת אכשרה: 90 יום.

פרק ב'- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות

1.1 תרופה - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה. ההגדרה "תרופה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 " הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות"

1.2 רשימת התרופות המאושרות- רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.

1.3 טיפול תרופתי- נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.

1.4 סל שירותי הבריאות- מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.

1.5 מרשם- מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייעד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

1.6 בית מרקחת- מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.

1.7 מחיר מרבי מאושר -הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

1.8 השתתפות עצמית למרשם- חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

1.9 רופא בית חולים -רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז).

1.10 מדינות המוכרות ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי, 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA). הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן

שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח " 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות פרסום רשמי אחד מהבאים:

- (1) פרסומי FDA -
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex),
- (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. מקרה הביטוח

2.1 מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. **ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 1-12-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות.**"

2.2 מובהר כי אישור מכוח סעיף 29 ג' (לפקודת הרוקחים) אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי (יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל ויכסה טיפול תרופתי עד לסכום ביטוח של 250,000 ₪. הסתיים הטיפול ויקבע על פי אמות מידה רפואיות מקובלות שהטיפול יעיל ומשפר את מצבו של החולה, תכסה הפוליסה המשך טיפול בעלות 500,000 ₪

2.3 תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") תהווה אף היא תרופה המכוסה על פי תנאי פוליסה זו.

3. חבות החברה ותגמולי הביטוח המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם

3.1 ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 150 ₪ למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

3.1.1 במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום 300 ₪

3.1.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש.

3.2 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה משב"ן וישלם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.

3.3 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.

3.4 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). (במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה).

3.5 סכום הביטוח המרבי למבוטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד הסכום 5,000,000 ₪ לתקופת הבדיקה שהיא 30 חודשים מתחילת הסכם זה לתוקף- החל מ 01.06.2021 ועד 01.12.25. לאחר מועד זה תחל תקופת בדיקה חדשה.

3.6 המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום 200 ₪ ליום ועד 60 יום.

4. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי המבטח לא יהא חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.

4.2 תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.

4.3 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

4.4 תרופה לטיפול בבטיות שיניים.

4.5 טיפול בוויטמינים ו/או בתוספי מזון

4.6 טיפול תרופתי מניעתי למחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש או לצהבת מסוג Hepatitis C

4.7 טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל - המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל183 יום בשנה למעט באם השהייה היא במסגרת ניתוח ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמסוכס ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

6. תקופת אכשרה
תקופת אכשרה 90 יום.

ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח' – 1-18-2015 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות.'

פרק ג'1 – ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מסלול ללא השתתפות עצמית

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

1. הגדרות:

1.1 בית חולים פרטי- אחד מאלה:

1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי, כהגדרתו בסעיף 19 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 איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי

1.9 תקופת אכשרה - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי: בקורות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח; לענין זה יובהר כי **התייעצות תכונה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**

מובהר כי סכום השיפוי המירבי לכל התייעצות יהיה עד תקרת שיפוי של 1,000 ₪

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 הזכויות 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, کلیה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.7 מקרה ביטוח שארע במישרין עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

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

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

הגדרות (סעיף 1 לתוכנית):

- 6.1 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות ממקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שבהסכם או שירות אחר, בניכוי השתתפות עצמית, ככל שנקבעה בפרק הניתוחים ו/או בכל

הרחבה לפרק הניתוחים. סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח- לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ממוצע ההסדרים עם נותני השירותים כאמור שיהיו באותה העת וכמפורסם באתר האינטרנט של החברה. למרות האמור לעיל, מובהר כי סכום השיפוי המירבי לכל התייעצות יהיה עד תקרת שיפוי של 1,000 ₪.

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

6.3 תביעות

מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:

6.3.1 **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. **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.**

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, המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין המקרה ביטוח. לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או התייעצות 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 התייעצות בגין מקרה הביטוח. מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר הוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או התייעצות 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 המבוטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש, שקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ניתוח.

6.3.5 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.

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

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

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

1. הגדרות:

1.1 בית חולים פרטי- אחד מאלה:

1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית

חולים ציבורי כללי, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

1.1.2 בית חולים ציבורי כללי - כהגדרתו בסעיף 19 לחוק

האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו 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 שטל -** כל אביר, 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 ושטל דנטלי.
- 1.9 תקופת אכשרה -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 תכנית שב"ן / שב"ן -** תכנית לשירותי בריאות נוספים אשר אינם כלולים בסל הקופה שירותי הבריאות מכח חוק בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. תכנית זו מוצעת על ידי קופת החולים לחברה בעצמה או על ידי חברת בת שבשליטתה המלאה.
- 1.11 ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל -** כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל באמצעות נותני שירות שבהסכם בלבד ו/או בשל התייעצויות בישראל ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל, הכלול בתכנית ביטוח שהוצאה לפי התוספת הראשונה לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה-2015 לביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ולפי החקיקה הנוספת הנוגעת לעניין זה.
- 1.12 ביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל -** ביטוח המתחשב בזכויות הניתנות במסגרת השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים ו/או טיפולים מחליפי ניתוח ו/או התייעצויות בישראל והנותן כיסוי ביטוחי להשלמת ההפרש בין סך ההוצאות בפועל לבין סך ההוצאות להן זכאי המבוטח לקבל על פי תנאי השב"ן בגין ביצוע הניתוח בישראל ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ו/או התייעצויות בישראל ועד לתקרות נותן השירות שבהסכם בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ותוכנית זו ובכפוף לאמור בביטוח זה להלן. מובהר כי ביטוח משלים שב"ן תשלם את ההפרש האמור על כל מרכיב בביטוח זה ולא רק בגין הניתוחים הפרטיים בישראל, מקום בו קיימות למבוטח זכויות להחזר על פי תכנית השב"ן.
- 1.13 "מועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן" -** מועד הביטול יהיה על פי אחד מהמועדים הבאים, המוקדם מביניהם:

- 13.1 מועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן ו/או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.
- 13.2 המועד בו על פי תקנון השב"ן נכנסה לתוקף בקשת המבוטח להיגרע מתוכנית השב"ן.
- 1.14 תקופת אכשרה בשב"ן – תקופת זמן רצופה המתחילה במועד ההצטרפות לתוכנית השב"ן ו/או לחלקיה ו/או לפרקיה, הנקבעת על ידי קופת החולים המספקת את השב"ן והמשתנה מכיסוי לכיסוי ומקופת חולים לקופת חולים ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל חלק ו/או פרק בתוכנית השב"ן.**
- 1.15 "אישור רשמי מקופת החולים" – אישור כתוב על דף הנושא את שם וסמל קופת החולים, חתום על ידי מורשה מטעם קופת החולים בצירוף חותמת קופת החולים.**

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח, או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקורות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי מעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח במקרה הביטוח במסגרת השב"ן בה הוא חבר עבור מקרים אלה בלבד:

3.1 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2 שכר מנתח.

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

- 3.3.1 שכר רופא מרדים.
- 3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.
- 3.3.3 ציוד מתכלה.
- 3.3.4 שתלים.
- 3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.
- 3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

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

3.4 טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח.

4. תקופת אכשרה

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

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

5. הגבלות לאחריות המבטח

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

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

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

5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות 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 מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;.

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

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

5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה"

כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם),
התשמ"א-1980.

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

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

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

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

6.1 הגדרות:

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

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

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

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

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

6.2 תביעות:

6.2.1 מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:

ביחס לניתוחים- רק באמצעות נותני שירות שבהסכם עם המבטח (רופא ובית חולים)
ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות – באמצעות נותן שירות שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר.

6.2.2 המבטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו. במקביל יפנה המבטח לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן.

6.2.3 **אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי פרק ניתוחים זה. למען הזהירות ועל מנת שלא להתחייב להוצאות שלא יוכרו לאחר מכן על ידי המבטח, מומלץ למבטח לקבל את אישור המבטח למקרה הביטוח (כגון: הניתוח, טיפול מחליף הניתוח) לפני ביצועו.**

6.2.4 לאחר פניית המבטח לשב"ן למימוש הזכאות על פי תנאי השב"ן ולאחר שעבר את מקרה הביטוח (הניתוח/טיפול מחליף ניתוח/ התייעצות) ישלם המבטח למבטח ו/או לנותן השירות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין החזר ההוצאות להן המבטח זכאי על פי תנאי השב"ן (להלן: "ההפרש").

6.2.5 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי סה"כ סכום החזר ההוצאות למבטח על ידי המבטח והזכאות להחזר על פי תנאי השב"ן ביחד, לא יעלה על סכום השיפוי המירבי .**

6.2.6 החזר ההוצאות יינתן עבור ההוצאות בפועל של המבטח על פי קבלות כמפורט בסעיף 11.3 לפרק התנאים הכללים לעיל.

6.2.7 על מנת שהמבטח יוכל לשלם למבטח ו/או לנותן השירות את ההפרש כאמור לעיל, ימציא המבטח למבטח אישור רשמי מקופת החולים על קיום זכאות המבטח ועל סך ההוצאות בפועל בהן יחוייב על פי תנאי השב"ן.

6.2.8 **במקרים הבאים בלבד לא תהיה קיומה של הזכאות על פי תכנית השב"ן תנאי מוקדם לקיום חבות המבטח על פי תכנית זו:**

6.2.8.1 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישפה המבטח את המבטח ו/או ישלם לנותן

השירות עבור סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המשווקת באותה העת בחברה.

6.2.8.2

במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר וזאת על פי אישור רשמי מקופת החולים (להלן: "הקופה") אותו ימציא המבטח למבטח לגבי ההוצאות שהיו משולמות לו על ידי הקופה במקרה זה.

על האישור הרשמי מקופת החולים האמור לציין מפורשות כי המבטח אינו זכאי לקבל החזר הוצאות ו/או שירותים על פי תנאי השב"ן בגין מקרה הביטוח ואת הסיבה לאי הזכאות.

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

6.2.8.3

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

6.2.9

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

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

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

6.2.12 **ברות ביטוח**

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

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

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

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

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

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

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

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

פרק ד' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הכיסוי הביטוחי

1.1 מקרה הביטוח - ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

1.2 אושר הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מיידי ומסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ובוצע הניתוח ללא אישור מוקדם של המבטח סכום השיפוי המרבי יהיה 150,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוה מביניהם.

1.3 הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח באורח מלא וישיר עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז עד סכום הביטוח המרבי כאמור בסעיף 1.2.

1.4 הוצאות נלוות בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:

1.4.1 כיסוי להוצאות הטסה רפואית: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/תחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית 85,000 ש"ח להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, 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 שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.4.2 כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל: במקרה של ניתוח/תחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד(במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז ואת הוצאות הטיסה של המבוטח. סכום

הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום 25,000 ₪ לכל יום שהייה עד 700 ₪ ליום ולא יותר מ21 ימים.

1.4.3 כיסוי להוצאות הטסת גופה: המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל.

1.4.4 כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל: מבטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח 100,000 ₪

1.4.5 כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח : בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבטח קטין -שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט 700 ₪ לכל יום שהייה ולא יותר מ5 ימים.

2. חריגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

2.1 ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.

2.2 טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם טיפולי כימותרפיה, רדיותרפיה או דיאליזה.

2.3 טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה מכל סוג וטיפולים פארא רפואיים, כגון פיזיותרפיה, הידרותרפיה או רפוי בעיסוק.

2.4 הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.

3. **תקופת אכשרה** תקופת אכשרה 90 יום.

פרק ה'- שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות

1.1 בדיקות רפואיות אבחנתיות בבדיקות מעבדה (מדם, שתן, מח עצם, נוזל שדרה וכל רקמה ביולוגית אחרת) (לרבות בדיקת פיברוסטאט, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד, U.S. (לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת, C.T. (בדיקת תהודה מגנטית M.R. ((בדיקת טומוגרפיה)) P.E.T. בדיקות אנדוסקופיות באמצעות מצלמה וכל בדיקה אבחונית אחרת הנדרשת על - פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעת מחלתו של המבוטח למעקב או לקביעת דרכי הטיפול בו.

1.2 בדיקות ושירותים להריון

- 1.2.1** בדיקת חלבון עוברי.
- 1.2.2** בדיקת שקיפות עורפית.
- 1.2.3** סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
- 1.2.4** סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
- 1.2.5** בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיס'י שליה לרבות צ'יפ גנטי.
- 1.2.6** מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
- 1.2.7** בדיקת אקו לב של העובר.

1.3 בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיטיקיפברזיס (CF), תסמונת ה X - השביר, תסמונת בלום וקנון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.

2. מקרה הביטוח – ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

3. שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח

3.1 התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח: המבטח ישפה את המבוטח בגין שלוש התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/יות עד תקרה 1,000 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות הכוללת של ההתייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם.

3.2 כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים

המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם הצהרה בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי 4,500 ₪ למקרה ביטוח, על - פי האמור, לפי הנמוך מביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה עד הסכום 4,500 ₪

3.3 בדיקות רפואיות אבחנתיות המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מהסכום 5,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.4 כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית המבטח ישלם ישירות לנוותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לא הוא נידרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/ הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי 4,500 ₪ למקרה ביטוח, לפי הנמוך מביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.5 חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה - המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד 2,000 ₪ למקרה ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

3.6 טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים - המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי ו/או ההידרותרפי עד הסכום הנקוב בנספח ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורטופד מומחה. עד 160 לטיפול לא יותר 12מ טיפולים לשנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.7 טיפולים אונקולוגיים המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או הירטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure טיפולי הימפוליטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות

שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום. גובה ההחזר 50,000 ₪ לכל שנת ביטוח 200,000 ₪ לטיפול בהימופילטריציה או פרפוזיה ישירה.

3.8 בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או מינון, סוג התרופה וכדומה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מהסכום 30,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 750 ₪ ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.9 מני לירותי משרד קרדיולוגי המבטח ישתתף בהוצאות מני לירותי משרד קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בביתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למני כזה, וזאת עד 50% מההוצאות בפועל, עד 150 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.

3.10 טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור עלות טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום 4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.11 שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- amblyopia המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.12 אביזרים רפואיים המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר החזר עד 80% ולא יותר 2,000 ₪ לתקופת שהיא 30 חודשים מכיסת הסכום זה לתוקף- החל מ-01/06/2021 ועד 01.12.23. לאחר מועד זה תחל תקופת בדיקה חדשה. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם ע 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar) (Agrelief מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר, TNS פרוטזה חיצונית, לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונוס, שתל קוקולארי, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

3.13 חדר מלח המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור. בכפוף להפניית רופא מומחה. עד 10 טיפולים בשנה ביטוח ועד 120 ₪ לטיפול.

3.14 הזרקת חומרי סיכון למפרקים שהם: אורטוקין , חומצה היאלורונית והזרקות PRP

: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד לסכום מרבי של 4,000 ₪ לסדרת טיפולים לטיפול בבעיה רפואית במפרק ולא יותר מעלות הטיפולים בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.15 טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות

דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חולייתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים(אם קיים), עד לסכום מרבי של 3,500 ₪ לסדרת טיפולים לטיפול בבעיה רפואית. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף ניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.16 הדפסת אברים: המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מיימד ו/או

פעולות להדפסת תלת מיימד של איבר/ים להמחשה, הנדרש/ים לצורך הכנת הניתוח ומתן מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מיימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מיימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס.מבוטח ישופה כנגד חשבונית/ קבלה בסך 2,000 ₪ עבור הדמיית תלת מיימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מיימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מיימד של איבר להשתלה ו15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מיימד של כלי עזר לניתוח והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 10%.

3.17 הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף

ובין אם לא: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד לסכום מרבי של 5,000 ₪ להזרקה או סדרות הזרקות לטיפול בעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם ובלי בלט. להזרקה/ לטיפול בבעיה/ סדרת הזרקות. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.18 הזרקות לווריד הגפיים ו/או טיפול בלייזר בווריד הגפיים, במקרה של אי ספיקה של

הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 5,000 ₪ (לסדרת טיפולים, או לכל הטיפולים, או לכל הטיפולים בבעית אי ספיקת הורידים) ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.19 טיפול ממוקד במחלת הסרטן : טיפול בגלי הלייזר גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים

וחשמליים לטיפול ממוקד בסרטן. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור עלות הטיפול לרבות שכר הרופא, החומר המוזרק עלות בית החולים, האביזרים, והציוד הנלווה עד סכום מרבי של 50,000 ₪ למקרה ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.20 הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מגרנה: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה

את המבטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 6,000 ₪ (לסדרת טיפולים או טיפולים בהזעת היתר או במיגרנה, או לכל הטיפולים לטיפול בבעיה הרפואית). ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.21 הזרקות לעין למניעה או טיפול בחלת רשתית : המבטח ישלם ישירות לספק השירות

או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק קבלות והעתק מסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם עד סכום מרבי של 2,000 ₪ לטיפול בודד ולא יותר מ-10,000 ₪ לסדרת הזרקות (בגין עלות הרופא שמבצע ההזרקה ועלות החומר המוזרק גם יחד) ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.22 אבחון בעיות התפתחות של ילדים: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במקום מורשה לאבחון בבעיות התפתחות הילד האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח של 2,500 ₪ לתקופת הביטוח, כפוף להשתתפות עצמית של 20%. לא יינתן כיסוי לאבחון או טיפול להדרכת הורים.

3.23 טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים : המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל / למכון שבהסכם עבור טיפולים בהתפתחות הילד שעבר הילד המבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נזירולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 3-16. טיפול ישפה ע"י פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת. בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח של 150 ₪ לטיפול כפוף להשתתפות עצמית של 20% עד 12 טיפולים לתקופת הביטוח. לא יינתן כיסוי לאבחון או טיפול להדרכת הורים.

3.24 טיפולי פרייון והפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל: המבטח ישפה את המבוטח/ת ב-80% מהסכום ששילם/ה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת בדיקות ו/או טיפולי פרייון שבוצעו במבוטח/ת, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות המבוצעת במבוטחת לצורך שימור, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע, כולל שירות רפואי שבוצע באשפוז יום, שתכליתו כניסת המבוטחת להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על –פי הפניית רופא מומחה בתחום לקוי פרייון בישראל, וזאת עד תקרה בסך 20,000 ₪ לכל ילד ועד לשני ילדים. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות המהוות חלק מהטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול. לא יכוסו טיפולים אלטרנטיביים תחת סעיף זה.

3.25 בדיקות ושירותים להריון: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4 כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה בהלך ההריון או לאחריו, עד 4,500 ₪ השתתפות עצמית של 20%.

4. תקופת אכשרה
90 יום, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 270 יום

כתב שירות- רפואה משלימה

1. הגדרות- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות הנתונה להם לצידם:

- 1.1 "החברה" – הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "הפוליסה" – פוליסה תקפה לביטוח רפואי אשר אליה מצורף כתב שירות זה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.
- 1.3 "מבוטח" – יחיד/ה ובן/בת זוג וילדיהם, המבוטחים בפוליסה ואשר שמם נקוב ברשימה אשר בידי החברה.
- 1.4 "המנוי" – מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.5 "המשפחה המנויה" – בית אב אשר כל אחד מיחיד המבוטחים בו זכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.6 "נותן השירות" – פמי פרמיום בע"מ מרחוב המשביר 1 אזור התעשייה חולון ו/או נטלי מרחוב דרך השלום 3 תל אביב ו/או ביקור רופא מרחוב יגאל אלון 90 תל אביב ו/או כל נותן שירות אחר כפי שייקבע על יד החברה.
- 1.7 "מרפאות הסדר" – מרפאות אשר נותן השירות התקשר עימן בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה. רשימת מרפאות ההסדר תעודכן מעת לעת. כאשר השירות ניתן בחצרי נותן השירות, על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
- 1.8 "מוקד השירות" – מוקד טלפוני ארצי, המופעל בקו טלפון עליו תודיע החברה.
- 1.9 "המדד" – מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.10 "שנת זכאות" – תקופה המתחילה במועד תחילת תקופת הכיסוי של המבוטח עפ"י כתב שירות זה, ומסתיימת תוך שנה מאותו יום במהלכה זכאי המנוי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.11 "המועד הקובע" – מועד תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה, הנקוב בדף פרטי הביטוח, או מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, המאוחר מביניהם.

2. השירות

- 2.1 מנוי, אשר לפי אבחנת רופא המשפחה או רופא מומחה בתחום הרלוונטי, האבחנה של הצורך הרפואי בשירותים על פי כתב שירות זה הינה לאחר המועד הקובע, ואשר קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול המבוקש על ידו המכוסה במסגרת כתב שירות זה, יהיה זכאי לקבלת הטיפול על ידי נותן

השירות הרלוונטי במרפאת ההסדר, וזאת לפי הפנייה של מוקד השירות וכנגד המצאת ההפניה והאבחנה כאמור למוקד, הכל בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.

2.2

המנוי יהא זכאי לקבל שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד (להלן: – "השירותים"):

2.2.1 **אקופונקטורה** – טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

2.2.2 **רפלקסולוגיה** – טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.

2.2.3 **שיאצו** – לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.

2.2.4 **אוסטיאופתיה** – טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.

2.2.5 **כירופרקטיקה** – עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.

2.2.6 **הומאופתיה** – שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.

2.2.7 **פלדנקרייז** – טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.

2.2.8 **ביו – פידבק** – טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.

2.2.9 **נטורופתיה** – טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.

2.2.10 **ייעוץ דיאטטי** – התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.

2.2.11 **שיטת טווינא** – טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מס' רקמות עמוק.

2.3

הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

3. היקף השירות-

3.1

במסגרת כתב שירות זה יהיה המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות בתחום הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של המבוטח בגדר מנוי, הזכאי לקבל את השירותים בהתאם לכתב שירות זה.

3.2

בכל מקרה, סידרת הטיפולים לה יהיה זכאי המנוי כאמור בסעיף 3.1 לעיל תכלול עד 15 (חמישה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת לטיפול באותה בעיה רפואית (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישת הייעוץ נכללת במניין 15 הטיפולים), בין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי

השירותים המפורטים לעיל, ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.

3.3 בכל מקרה, מספר הטיפולים לו תהא זכאית המשפחה המנויה כולה בשנת ביטוח אחת במסגרת כתב שירות זה, לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים (למען הסר ספק, מובהר כי פגישות הייעוץ נכללות במנין 20 הטיפולים).

3.4 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ולא גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיוב').

3.5 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או בעיות השמנת יתר, אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך על ידי הרופא המטפל במנוי, הקובעת כי קבלת השירות הינה צורך רפואי ברור.

3.6 השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.

3.7 המנוי יהיה זכאי לקבל את השירות ע"י מרפאה, שאינה נכללת במרפאות ההסדר בכפוף ובלבד שנותן השירות יאשר זאת מראש ובכתב ואולם מובהר בזאת כי:

3.7.1 האחריות לתיאום ולביצוע הטיפולים יהיו על המנוי בלבד.

3.7.2 מבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף זה לעיל, נותן השירות ו/או החברה לא תהיינה אחראיות בכל צורה שהיא כלפי המנוי למעשה מחדל או נזק כתוצאה מפנייתו למרפאה, שאינה מרפאת ההסדר.

3.7.3 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות בפועל את מלוא הסכום שיקבע בהם.

4. נוהל קבלת השירות-

4.1 ביקש מבטוח לקבל את השירותים, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו ויפרט את מספר תעודת הזהות שלו, כתובתו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבטוח. המוקד עומד לרשות המבטוחים בכל ימות השנה 24 שעות ביממה (להוציא יום כיפור).

4.2 המבטוח יתבקש במהלך השיחה לענות על שאלון טלפוני, הכולל מענה על שאלות המתמייחסות לליקוי הבריאותי לרבות ציון האבחנה הרפואית ותאריך תחילת המקרה הרפואי.

המבטוח יעביר אל מוקד השירות את האבחון בדבר הליקוי הבריאותי כאמור בסעיף 2.1 לעיל ולא יאחר מתום 2 ימי עבודה ממועד קבלת האבחון במוקד השירות, ייצור נציג נותן השירות קשר עם המבטוח לצורך תיאום פגישת הייעוץ הראשונה, או יודיע למבטוח על אי זכאותו לקבלת השירותים עפ"י כתב שירות זה.

4.3 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.

4.4 אם יתברר במהלך פגישת הייעוץ הראשונה או בתקופת סדרת הטיפולים כי המנוי אינו זכאי לקבלת השירות עפ"י כתב שירות זה, יופסק השירות האמור למבוטח.

בנוסף יובהר כי אין בקבלת השירותים בכדי להוות הסכמה של החברה לזכאות המבוטח לקבלת השירותים, ו/או להטיל על החברה חבות כלשהי עפ"י הפוליסה בקשר עם הליקוי הבריאותי ו/או לגרוע מזכויותיה עפ"י הפוליסה ועפ"י הדין.

4.5 המנוי יהיה זכאי לבחור את מרפאת ההסדר בה יקבל את השירות מתוך רשימת מרפאות ההסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו.

4.6 השירות על פי כתב שרות זה יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר ולפי לוח העבודה של מרפאות ההסדר. פגישת הייעוץ הראשונה תתואם על ידי מוקד השירות. המועד המדויק של יתרת סידרת הטיפולים יתואם ישירות בין המנוי לבין מרפאת ההסדר בה נערכה פגישת הייעוץ.

4.7 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

4.8 השירות יינתן במרפאת הסדר על פי הפנית מוקד השירות כאמור לעיל, כאשר על המנוי יהיה להגיע למרפאת ההסדר בעצמו ועל חשבונו.

4.9 עם תום מתן השירות יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי נותן השירות נתן את השירות.

4.10 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד על ביטול פנייתו, גם אם מסר על הביטול הפנייה למרפאת ההסדר.

5. אחריות-

5.1 האחריות בגין מתן השירות או בגין אי נתינתו ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת ו/או בגין כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח, ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים הרפואיים יחול על נותן השירות בלבד והחברה לא תהיה אחראית בקשר לכך.

5.2 מחויבותו של נותן השירות כלפי המנוי בטיפול ובהענקת השירותים הרפואיים תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים שלהלן:

5.2.1 אי הגעת המבוטח למרפאות ההסדר.

5.2.2 ביטול הזימון לקבלת השירותים ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.

5.3 מבלי לגרוע מהאמור לעיל החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

5.3.1 אחריות מקצועית בקשר עם השירותים נשוא כתב שירות זה.

5.3.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים נשוא כתב שירות זה.

- 5.4** על אף האמור בכתב שירות זה, נותן השירות לא יהא מחויב על פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש, או שאין באפשרות נותן השירות למונעו.
- 5.5** יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ו/או להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981 על שינוי מהותי.
- מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אין בהעברת מידע רפואי כאמור בכדי לגרוע מזכויות החברה על פי הפוליסה ועל פי הדין ובין היתר לבטל את הפוליסה עקב הפרת חובת הגילוי של המבוטח.
- 5.6** פגיעה בפעילות הספק או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק.
- 5.7** **אירועים הנובעים ממגבלות המערכת הטכנולוגית בתחומי לרבות בתחומי השמירה על הפרטיות והחיסיון הרפואי לרבות בגין כשל תקשורתי, חדירת גורמים בלתי מוסמכים וניתוק פתאומי של התקשורת.**

6. השתתפות עצמית-

המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 20% ש"ח, ולא יותר מ-100 ש"ח, כולל מע"מ לכל טיפול. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא נותן השירות זכאי להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שניתנה למנוי ולחברה הודעה בכתב על כך.

7. תקופת תוקפו של כתב השירות-

- 7.1** במהלך תקופת האכשרה בת 60 יום מהמועד הקובע, לא יהא המבוטח זכאי לקבלת השירות על פי כתב שירות זה.
- 7.2** כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך שנת הזכאות, ויתחדש מאליו בתום שנת הזכאות לשנה נוספת, אלא אם הודיעה החברה למנוי על ביטולו. במקרה של הודעת ביטול כאמור יהיה כתב שירות זה תקף עד תום שנת הזכאות, אשר במהלכה ניתנת הודעת הביטול. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שירות זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.
- 7.3** על אף האמור בסעיף 7.2 לעיל, כתב שירות זה יהיה בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטחיה, בהודעה מוקדמת של 90 ימים.
- 7.4** כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים עפ"י כתב שירות זה.
- 7.5** מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על פי כתב שירות זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת הטיפולים נשוא כתב השירות לפני תום

תקופת תוקפו אך לא השלים את סידרת הטיפולים שהומלצה לו על ידי נותן השירות.

7.6 המבטח רשאי לבטל את כתב השירות לכלל המנויים בהודעה בכתב, במידה והסכם ההתקשרות עם הספק ו/או נותן השירות הסתיים והמבטח לא מצא ספק ו/או נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח.

7.7 ככל שמשולמים דמי ביטוח נפרדים בגין כתב השירות, המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה בכתב למבטח, והביטול ייכנס לתוקפו באופן מיידי מרגע קבלת הודעת הביטול אצל המבטח. המנוי יהיה זכאי להחזר יחסי מדמי המנוי ששילם בגין החודש בו בוטל כתב השירות, בגובה יתרת החודש שלאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח. מובהר כי בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני כניסת ביטול כתב השירות לתוקף. בכל מקרה אחר, בו משולם סכום דמי ביטוח כולל עבור הפוליסה וכתבי השירות (ללא רבדי בחירה), בקשה לביטול כתב השירות תהא כרוכה בביטול הפוליסה כולה ביחס לאותו מנוי.

7.8 פגיעה בפעילות הספק או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק. אירועים הנובעים ממגבלות המערכת הטכנולוגית בתחומי לרבות בתחומי השמירה על הפרטיות והחיסיון הרפואי לרבות בגין כשל תקשורתי, חדירת גורמים בלתי מוסמכים וניתוק פתאומי של התקשורת.

הספק השירות מתחייב כי:

- 1. מערך המטפלים שברשותו הינה בפריסה גיאוגרפית נאותה.**
- 2. השירות יינתן על ידי גורמים מקצועיים, ורלוונטיים לסוג השירות, לפי העניין, כנדרש בחוק.**
- 3. תתקיים עם הלקוחות תקשורת יעילה וזמינה כמפורט בכתב שירות זה.**

8. כתב שירות זה כפוף לתנאי הפוליסה לרבות סייגיה.

9. החוק הנהוג - בכל מחלוקת בין הצדדים, בקשר עם כתב שירות זה, יחול הדין הישראלי .

דף רשימה

תקופת הביטוח: 60 חודשים

מועד תחילת הביטוח: 01.06.2021

המדד היסודי: המדד שפורסם ב 15.05.2021 **12476 נק'**

הפרמיה החודשית בש"ח: הפרמיות המוצגות נכונות למאי 2024 וצמודות למדד 13880 שפורסם ב15.04.2024

<u>מבטחים</u>	<u>מסלול א'-</u> ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסדר וטיפולים מחליפי ניתוחי פרטיים בישראל	<u>מסלול ב'-</u> ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסדר וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
מבוטח	₪ 115.30	₪ 109.55
בן/בת זוג/ילד בוגר	₪ 115.30	₪ 109.55
ילד עד גיל 25*	₪ 35.60	₪ 33.70

<u>גמלאים</u>	<u>מסלול א'-</u> ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסדר וטיפולים מחליפי ניתוחי פרטיים בישראל	<u>מסלול ב'-</u> ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסדר וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
0-25	₪ 35.55	₪ 34.80
26-45	₪ 115.30	₪ 109.55
+46	₪ 273.90	₪ 261.30

אופן התשלום -

<u>גביה</u>	
עובד	מרוכז ע"י מעסיק (במימון המעסיק כולל גילום)
בן/בת זוג	מרוכז ע"י מעסיק (במימון המעסיק כולל גילום)
ילד	מרוכז ע"י מעסיק (במימון המעסיק כולל גילום)
מי שהפך לילד בוגר בתקופת ההסכם	אמצעי גבייה אישי
ילד של עובד המצרף את בני משפחתו	אמצעי גבייה אישי
גמלאי	אמצעי גבייה אישי

במקרה של תביעה, בירורים ושאלות,
ניתן לפנות למוקד ט4x4f

*3455
03-7332222