



ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי טכניון – סגל מנהלי ובני משפחתם

יוני 2018

עובד/ת יקר/ה,

הנהלת הטכניון, הנהלת מוסד הטכניון למו"פ בע"מ וארגוני העובדים מתכבדים להציג את ביטוח הבריאות המחודש, שמיועד להביא לך ולבני משפחתך רוגע וביטחון.

בשנה האחרונה חלו תמורות בתחום הביטוח, וצוות מיוחד שקד במטרה לגבש את כיסוי הביטוח המשמעותי והמשתלם ביותר עבור העובדים. ביטוח הבריאות המובא לפניך נותן מענה עבור מצבים רפואיים שעלולים להיות יקרים, לרבות שירותים אמבולטוריים מורחבים, בדיקות הריון, תרופות ועוד.

תנאי הפוליסה תקפים עד לתאריך **31/05/2023**.

להצטרפות ובכל שאלה ניתן לפנות לנציגי חברת "**מדנס**". החברה מפעילה את פוליסת הביטוח של חברת "הפניקס". לידיעתך, לביטוח ניתן לצרף גם בני משפחה.

מספר טלפון לקביעת פגישה: **03-6380390**

מידע מפורט על תנאי הפוליסה ואופן הפעלתה מפורטים באתרי ארגוני העובדים ובאתר חברת מדנס.

אנו מאחלים לך ולבני משפחתך בריאות טובה.

"במקום שיש בריאות, יש תקווה ובמקום שיש תקווה יש הכל".

בברכה,

ארגוני העובדים

הנהלת מוסד הטכניון

הנהלת הטכניון

תוכן עניינים

שם הפרק	עמ'
גילוי נאות	4
פרק מבוא	19
פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	39
פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	45
פרק 3 - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	49
פרק 4 - התייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות מיוחדות	52
פרק 5 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל	59
פרק 6 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	62
פרק 7 - שירותים אמבולטוריים	66
פרק 8 - כתב שירות רפואה משלימה	72
נספח 1 - רשימת גבולות אחריות המבטח	77
נספח 2 - נתוני ההסכם והפוליסה	82
נספח 3 - טבלת הפרמיות	83

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

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי הטכניון – סגל מנהלי ובני משפחותיהם.
	2. שם בעל פוליסה	הטכניון ומוסד הטכניון למו"פ
	3. הכיסויים בפוליסה	כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות
		רובד בסיס: פרק 1 - השתללות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק 3 - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל פרק 4 - התייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות מיוחדות הרחבה 1 פרק 5 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל או פרק 6 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל הרחבה 2: פרק 7 - שירותים אמבולטוריים פרק 8 - כתב שירות רפואה משלימה
	4. משך תקופת הביטוח הקבוצתי	1.6.2018-31.5.2023 (ס' 4)
	5. המשכיות (לפוליסת פרט)	קיימת במקרים של ביטול על ידי המבוטח, תום תקופת הביטוח הקבוצתי, הפסקת הזיקה לבעל הפוליסה (ס' 6)
	6. תנאים לחידוש אוטומטי	אין
	7. תקופת אכשרה	90 יום - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (רופא בהסכם/שב"ן), הוצאות רפואיות מיוחדות, שירותים אמבולטוריים 180 יום - הריון ולידה בפרק אמבולטורי 12 חודשים - הריון ולידה בפרק הניתוחים

נושא	סעיף	תנאים
	8. תקופת המתנה	אין
	9. השתתפות עצמית	קיימת, כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות
שינוי תנאים	10. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	בהתאם להסכמות עם בעל הפוליסה
פרמיות	11. גובה הפרמיה	במקרה שהמבוטח משלם את הפרמיה או חלקה
	12. מבנה הפרמיה	קבועה, משתנה לפי גיל, צמודת מדד
	13. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	יבוצע שינוי בהתאם להוראה רגולטורית ו/או התאמת פרמיה (ס' 7.5)
תנאי ביטול	14. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	בהודעה בכתב למבטח . בתוך 3 ימים (ס' 2.2) או בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת ביטוח (ס' 14)
	15. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	עקב אי תשלום דמי ביטוח או במקרה של אי גילוי
	16. החרגה בגין מצב רפואי קיים	קיימת (ס' 12)
	17. סייגים לחבות המבטחת	כמפורט בס' 12 בתנאים הכלליים וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: תרופות (ס' 4), ניתוחים בחו"ל (ס' 2), הוצאות רפואיות מיוחדות (ס' 6), ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח (ס' 4) ניתוחים בארץ מעבר לשב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח (ס' 6).

**פרמיה
חודשית**

הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות ר. משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	פרמיה לעובד
	מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
לפי גיל כמפורט מטה (7.5/16.5/22)	100	105	55	עובד/גמלאי בכל גיל ועד גיל 66 כולל
הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות ר. משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	פרמיות לשאר המבוטחים על פי גיל
	מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
7.50	9	10	16.07	0-25 (*פרמיה לילד)
16.50	100	105	47.84	26-45 ילד בוגר מגיל 25
22	100	105	47.84	46-66
25	180	183	85.34	67-70
30	180	183	87.34	71-75
30	180	183	102.34	76+

* החל מילד שלישי (עד גיל 25) ללא תשלום
** פרמיות צמודות למדד שפורסם ביום כניסת הפוליסה לתוקף
*** גובה הפרמיה עבור עובד/ גמלאי מגיל 67 ומעלה לפי טבלת הפרמיות על פי גיל לעיל

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

חלק ב': לוח 2 - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תקרת תגמולי הביטוח	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוז תגמולים מביטוח אחר
פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים/ניתוחים בחו"ל					
שיפוי להשתלה	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה. 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות אשפוז	180 יום לפני ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד; 300 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הטסה רפואית	100,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות שהייה בחו"ל	עד 1,000 ₪ ליום למלווה יחיד ועד - 1,500 ₪ לזוג מלווים, ועד 200,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הטסת גופה לישראל	כיסוי מלא	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות חיוניות אחרות	150,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיפולי המשך לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד	150,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות מעקב רפואי בחו"ל לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל	30,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	עד עלות ביצוע ההליך בחו"ל	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות איתור איבר להשתלה	200,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה	כיסוי מלא	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי	כיסוי מלא.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות רפואיות נלוות	עד 50,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיפוי בגין טיפול מיוחד בחו"ל	נותן שירות בהסכם – שיפוי מלא. נותן שירות שלא בהסכם – 1,500,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
גמלת החלמה חודשית בעקבות השתלה בחו"ל לאחר ביצוע ההשתלה	7,500 ₪ למשך 24 חודשים, או 4,000 ₪ במקרה של השתלת קרנית למשך 3 חודשים	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס השב"ן: רובד ביטוחי	קיוז תגמולים מביטוח אחר
גמלת החלמה למועמד להשתלה	למעט להשתלת מח עצם עצמית, מועמד המרותק לביתו 7,500 ₪ מועמד מאושפז – 3,750 ₪ ל – 12 חודשים,	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פיצוי לאחר השתלה ללא מעורבות המבטח	350,000 ₪ בגין השתלה בחו"ל; 100,000 ₪ בגין השתלה בארץ.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה	350,000 ₪ *קבלת תגמולים לפי ס' זה- מחליף כל תגמול אחר עפ"י פרק זה	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא *
הוצאות טיסה לטיפול ניסיוני	40,000 ₪ למבוטח ומלווה, 60,000 ₪ למבוטח ושני מלווים	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הטסה רפואית לטיפול ניסיוני	100,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות שהייה בחו"ל לצורך הטיפול	1,000 ₪ ליום למלווה, ועד 1,500 ₪ לשני מלווים	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
חוזר מס' 1-1-2009: סעיף 2.ב.: בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים- התשס"ח, 2008 ("החוק"), ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה. (2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.					

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוץ תגמולים מביטוח אחר
פרק 2 - תרופות שאינן בסל הבריאות					
תרופות	התרופות הנכללות (ר' סעיף 1.1 לפרק התרופות): התרופות הנכללות (ר' סעיף 1.1 לפרק התרופות): 1 תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות 2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה על לטיפול במצבו הבריאותי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות. 3 טיפול תרופתי בתרופת יתום. תקרת הכיסוי: 3,000,000 ₪ סכום מתחדש לאחר 30 חודשים.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
	תרופה מכוח ס' 29(ג) לפקודת הרוקחים - תקרת כיסוי 200,000 ₪ ועד 500,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
	סכום ההשתתפות העצמית: 150 ₪ למרשם לחודש ועד 300 ₪ לכלל המרשמים לחודש. בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש או בגין תרופה למחלת הסרטן לא תיידרש השתתפות עצמית.				

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
שירות/טיפול נלווה למתן תרופה	עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 200 ₪ לטיפול ועד 60 ימים לכל מקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות גנטיות להתאמת הטיפול התרופתי	40,000 ₪ למקרה ביטוח , השתתפות עצמית 15%.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק 3 - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל					
מנתח/מרדים בהסכם עם המבטח	כיסוי מלא	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
מנתח/מרדים שאינו בהסכם עם המבטח	לניתוח- עד 250,000 ₪ או עד 200% מעלות הטיפול בארץ הגבוה מביניהם.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיסה ושהייה (לניתוחים המפורטים בסעיף זה)	עלויות הטיסה - במקרה של ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז של למעלה מ-7 ימים, עד 25,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד מבוטח קטין ושני מלווים - עד 40,000 ₪ . עלויות השהייה- 700 ₪ ליום ועד 30 ימים.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הבאת מומחה לישראל	100,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הטסה רפואית	85,000 ₪	שיפוי	כן. ע"י רופא החברה	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
הוצאות הטסת גופה	כיסוי מלא	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק 4 - התייעצויות, בדיקות והוצאות רפואיות					
התייעצות עם רופא מומחה	1,000 ₪ להתייעצות. 3 התייעצויות לשנת ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות רפואיות אבחנתיות	עד 12,000 ₪ למבוטח לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית. תקרה פר בדיקה – 5,000 ₪ 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
חוו"ד שניה בחו"ל	עד 6,500 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיסה ושהייה עבור חוו"ד שניה בחו"ל	4,500 ₪ לכל תקופת הביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
החזר הוצאות גילוי מחלה קשה/ארוע רפואי כמפורט	שיפוי עד 10,000 ₪ למקרה בטוח. השתתפות עצמית 20% הוצאות למשך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. סכום תקרה מתחדש כל 30 חודשים.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק 5 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפול מחליפי ניתוח פרטיים בישראל					
כיסוי להתייעצות עם רופא מומחה	3 התייעצויות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/ מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: (1) נותן שירות שבהסכם (2) נותן שירות אחר עד 1,500 ₪ או 120% משכר נותן השירות שבהסכם, הגבוה מביניהם.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
שכר מנתח; הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות אשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד. נותן שירות שאינו בהסכם – אין החזר	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול מחליף ניתוח	כיסוי עבור טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: (1) נותן שירות שבהסכם; (2) נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פרק 6 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

חוזר פיקוח מס' 6-1-2007: ס' 4:

- א. הכיסוי על פי כיסוי ביטוחי זה (ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- משלים שב"ן) מהווה ביטוח משלים אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בכיסוי משלים שב"ן.
- ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- ג. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי בתכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן.
- ד. למבטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי במסלול ניתוחים 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.

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק 7 - שירותים אמבולטוריים					
חו"ד שניה לבדיקה פתולוגית	4,500 ₪ לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
חו"ד שניה לפענוח בדיקת הדמיה	3,000 ₪ למקרה ביטוח, 15% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול פזיותרפיה/ הידרותרפיה	עד 12 טיפולים לשנת ביטוח ועד 150 ₪ לטיפול. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיפולי שיקום לאחר ניתוח ו/או תאונה	250 ₪ לטיפול, עד 22 טיפולים למקרה ביטוח, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפולים אונקולוגיים	100,000 ₪ לכל שנת ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול בהימופילטריזיה או פרפוזיה ישירה	200,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות אונקולוגיות פתולוגיות ו/או גנטיות	30,000 ₪ למקרה ביטוח, 15% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
מנוי למשדר קרדיולוגי	150 ₪ לחודש, עד 24 חודשים 25% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
התעמלות שיקומית לאחר השתלת /ניתוח לב	עד 200 ₪ לחודש ועד 9 חודשים, 25% השתתפות עצמית	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוז תגמולים מביטוח אחר
הוצאות מוסד החלמה לאחר ניתוח גדול	700 ₪ ליום, עד 14 ימים. 25% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה	4,000 ₪ לשנת ביטוח, 25% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
אביזרים רפואיים	4,000 ₪ סכום מתחדש כל 30 חודשים, 30% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיקום הליכה יציבה	7,000 ₪ לתקופת ביטוח, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול בגלי הלם/ לייזר גלי קול/ גלי רדיו ושדות מגנטיים	עד 3,500 למקרה ביטוח. כולל את עלות החומר והטיפול עצמו.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הזרקת חומרי סיכוך למפרקים	עד 4,000 ₪ למקרה ביטוח. כולל את עלות החומר והטיפול עצמו.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הזרקות לעמוד השדרה	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח. כולל את עלות החומר והטיפול עצמו	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הזרקות לורידי הגפיים	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח. כולל את עלות החומר והטיפול עצמו	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הזרקות לטיפול בהזעת יתר	עד 6,000 ₪ למקרה ביטוח. כולל את עלות החומר והטיפול עצמו	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הזרקות לעין למניעה או טיפול למחלת רשתית	עד 2,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ - 10,000 ₪ לסדרת הזרקות, . כולל את עלות החומר והטיפול עצמו.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
רפואה מונעת	350 ₪ לבדיקה, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס הא/ו השב"ן: רובד ביטוחי	קיוז תגמולים מביטוח אחר
אבחון בעיות התפתחות הילד (גילאי 3-16)	2,500 ש"ח - סכום מתחדש בכל 30 חודשים, 20% השתתפות עצמית	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול בבעיות התפתחות הילד (גילאי 3-16)	150 ש"ח לטיפול, עד 12 טיפולים - מכסה מתחדש בכל 30 חודשים, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות גנטיות לפני, במהלך ההיריון או לאחריו	בדיקות הריון כמפורט בפוליסה ויעוץ גנטי לפני הריון - עד 6,000 ש"ח. יעוץ גנטי במהלך הריון ולאחריו - עד 4,000 ש"ח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין	4,000 ש"ח למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה.	150 ש"ח ליום אשפוז החל מהיום ה-14 לאשפוז ועד 30 ימים.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול פריון בארץ או בחו"ל	15,000 ש"ח לילד, ועד 2 ילדים, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות רפואיות לשירותי פונדקאות בארץ או בחו"ל	20,000 ש"ח לסדרה ועד 2 סדרות לילד ועד שני ילדים. 25% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
אביזרים לאחר ניתוח	עד 2,500 ש"ח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פרק 8 - כתבי שירות		
רפואה משלימה	תקרת כיסוי	סכום השתתפות עצמית
מנוי יהא זכאי לקבלת 16 טיפולי רפואה משלימה עפ"י אבחנת רופא המשפחה או רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	20% ממחירן מרפאות ההסדר של נותן השירות.	

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. הסכומים הנקובים בגילוי הנאות צמודים למדד הנקוב בפוליסה.

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

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

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

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי הטכניון ובני משפחותיהם – סגל מנהלי

פרק מבוא הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

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.

1.2. **"תאריך תחילת הביטוח"** - 1.6.2018

1.4. **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבטח לביטוח זה.

1.5. **"הסכם הביטוח"** - חוזה הביטוח מיום 1.6.2018 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.

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) או מוסד לבריאות הנפש.

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 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 1.8 ו 1.9 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.

1.11. **"בעל הפוליסה"** - הטכניון ו/או מוסד הטכניון, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה ושנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת ובלתי ניתנת לסתירה.

1.12. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.

1.13. **"ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.

1.14. **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.

1.15. **"רופא מומחה"** - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום

- 1.16. **"מנתח הסכם"** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל ואשר קשור בהסכם עם המבטח.
- 1.17. **"מנתח אחר"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.18. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.19. **"רופא מרדים בהסכם"** - רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.20. **"רופא מרדים אחר"** - רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.21. **"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.
- 1.22. **"נותן שירות בהסכם"** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או מתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.23. **"אח/ות"** - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.24. **"שתל"** - כל איבר, 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: פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרשי תרופות, חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל 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 ששולם המבטח בעבור השתל. **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".** הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.
- 1.25. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החדרת 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. כמן כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית,

הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח 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 של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה מגנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כיורוגיה 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" יכול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזה ביטוח 2004 / 20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".** ההגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

1.26. **"תחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא 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 והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל. **ההגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.**

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

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

1.29. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבטח זכות לתגמולי ביטוח.

1.30. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול כרפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול ואשר אינו קונבנציונאלי ו/או אינו מקבול לפי אמות מידה מקובלות בישראל;

1.31. **"בדיקה פתולוגית"** / **"בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוא מגופו של המבטח 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 שניתן לחולה.

1.32. **"יום אשפה"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח יחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.

1.33. **"יועץ מלווה"** - היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבטחים בביטוח

הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכוני בריאות בע"מ.

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

1.35. **"המבוטח/ים"** - עובדים (כולל עובדי מחקר ועובדים אחרים שאינם זכאים למימון מבעל הפוליסה) וגמלאים של בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם, כולל בני אותו המין ולרבות ידוע/ה בציבור, וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים, ילדי אומנה, לרבות ילדים של בני הזוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד והגמלאי וכן ילדיהם (הנכדים) ובני/בנות זוגם של הנכדים וכן שאיריו של גמלאי שנפטר.

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

1.37. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.

1.38. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.

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

1.40. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.

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

1.42. **"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. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.

1.43. **"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 ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחול זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשת בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.

1.44. **"תקופת בדיקה"** - 30 חודשים, אלא אם צוין אחרת.

1.45. **"גיל הפרישה המוקדמת"** - זכאות לקבלת גמלה מגיל 60, לגבר או אישה, כמשמעותו בסעיף 5 - לחוק גיל פרישה התשס"ד - 2004.

1.46. **"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. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת. יובהר שעובד שעבד אצל בעל הפוליסה מעל ל 10 שנים ועזב את עבודתו, יוכל להמשיך בביטוח הקולקטיבי כגמלאי.

1.47. **"דמי הביטוח או הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה על פי תנאי הפוליסה.

1.48. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.

1.49. **"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.

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

1.51. **"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.

1.52. **"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.

1.53. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.

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

1.55. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מארוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".**

2. **תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים:**

2.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, על כל נספחיהם, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:

מבוטחים ברובד הבסיס:

- 2.1.1 עובד ובני משפחתו שהינם מבוטחים קיימים - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- 2.1.2 עובד חדש ובני משפחתו - היום בו מילאו טופס הצטרפות.
- 2.1.3 עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה - הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

מבוטחים ברובד ההרחבה:

- 2.1.4 עובד ובני משפחה שהינם מבוטחים קיימים - היום בו מילאו טופס הצטרפות.
- 2.1.5 עובד חדש ובני משפחתו - היום בו מילאו טופס הצטרפות.
- 2.1.6 עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה - הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

2.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- 2.2.1 היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- 2.2.2 על אף האמור בסעיף (2.2.1), עובד שפרש לגמלאות ("גמלאי"), יהא רשאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה זו עם בני משפחתו המבוטחים ושאריו, ברצף ביטוחי מלא, בתנאי שהודיע למבטח על רצונו להישאר בביטוח זה בתוך 90 יום מיום פרישתו והעביר אמצעי גביה אישית.
- 2.2.3 בתום תקופת הסכם הביטוח.
- 2.2.4 במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא, בתוך שלושה ימים מיום קבלת בקשת הביטול. ביטול הפוליסה עבור מבוטח ראשי (עובד/גמלאי) משמעותו ביטול הפוליסה עבור כל בני משפחתו המבוטחים בפוליסה, אלא אם הוסכם אחרת.
- 2.2.5 לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד או גמלאי - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל הקובע (כהגדרתו בנספח 2), ישלח המבטח הודעה לסוכן הביטוח, עם עותק לבעל הפוליסה, ויעדכן: (א) על הגעת הילד לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של "ילד בוגר", ו (ב) על האפשרות להעביר את התשלום לכרטיס אשראי. במידה והעובד בחר שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר, יוכל הילד הבוגר להמשיך בביטוח פרטי בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט.

3. אופן הצטרפות

3.1 מבוטחים קיימים:

- 3.1.1 מבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם יצורפו אוטומטית לרובד

הבסיס בביטוח, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

3.1.2 מבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם, המבקשים להצטרף לאחד מרובדי ההרחבה, יוכלו לעשות כן בכפוף למילוי טופס הצטרפות ו/או אשרור על פי הנחיות הפיקוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, וזאת במהלך 90 יום ממועד תחילת הביטוח.

3.1.3 מועד תחילת הביטוח עבור מבוטחים קיימים יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח הקודם. מבוטחים שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים בלבד ממועד תחילת הביטוח הנוכחי.

מבוטחים חדשים:

3.2

עובד חדש אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו, או עובד או גמלאי קיים של בעל הפוליסה שלא היה מבטוח בביטוח הקודם ו/או בני משפחתו שלא היו מבוטחים בביטוח הקודם, או עובד שחזר מחל"ת או חל"ד, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות תחילת ההסכם היה בחל"ת או חל"ד, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, למעט היכן שקבוע אחרת בפוליסה, ובלבד שיממש את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל המבטוח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה, או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה, או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או חל"ד. מועד הצטרפותו לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרף להסכם הביטוח בפועל.

3.3 עובד שנשא 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.

3.4 תינוק שנולד למבטוח, או שאומץ ע"י מבטוח ו/או ע"י בת/בן זוגו, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת 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).

3.5 עובדים או גמלאים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מרובדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים או גמלאים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטוח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 30 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטוח.

3.6 מבוטחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששםם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחדש במהלך תקופת הביטוח. במידה והעובד או הגמלאי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות כרטיס

אשראי / הוראת קבע אישית למבטח.

- 3.7 יובהר כי גריעת מבטח מקובץ המבטחים אשר נגרמה עקב השמטה מקרית, בלתי מכוונת ו/או בטעות ו/או בתום לב, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה אישור בכתב, המאשר את העובדה שגריעתו של המבטח מהרשימה נגרמה בתום לב.
- 3.8 נשאל המבטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצב, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.9 הודיע המבטח 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 המבטח. סעיף זה יחול על מבטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.10 על אף האמור לעיל, עובדים ובני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לכיסויים חופפים ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפות לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לכיסויים החופפים ולא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על הכיסויים החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. יובהר כי המבטח לא יכסה מקרה ביטוח שאירע למבטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו אלא אם צוין אחרת
- 3.11 מבטח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").
- 3.12 מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום, ככול שנדרש, יבוצע בתוך 30 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. למען הסר ספק, שולמו למבטח דמי ביטוח בטרם ניתנה החלטת המבטח כאמור, לא יהווה האמור ראייה להסכמה לקבלה לביטוח. קרה מקרה הביטוח בטרם נתן המבטח את החלטתו בדבר הקבלה לביטוח, באם לפי הוראות החיתום הקיימות אצל המבטח לגבי מבטחים בעלי מאפיינים דומים, המבטח היה מודיע למבטח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח, ישלם המבטח למבטח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי הקבוע בתכנית הביטוח.
- 3.13 צירוף מבטח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי :
(א) מוטלת על המבטח 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 1ד1(ג) לחוק עובדים זרים.

- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. לא תצרך 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 חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.
- (ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחדש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:
- (1) הפוליסה הקבוצתית היתה 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 האלה:
- (א) ניתוחים
 - (ב) תרופות
 - (ג) השתלות
 - (ד) מחלות קשות
 - (ה) שנייים
 - (ו) תאונות אישיות

4. תקופת הסכם הביטוח:

- 4.1 תקופת הסכם הביטוח והפוליסה תהיה מיום: 01/06/2018 (להלן: "**המועד הקובע**") וסיומה ביום: 31/05/2023 (להלן: "**תקופת ההסכם**").
- 4.2 בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.
- 4.3 במידה ולא יחדשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים להסכם זה.
- 4.4 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטוח 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.

5. ברות ביטוח (בעת שהייה בחו"ל או בחל"ת או בחל"ד):

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

5.1.1 **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 המבוטח ארצה יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שידוע 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.

5.1.2 **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 המבוטח בחו"ל, יהא זכאי לכל השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם הביטוח והפוליסה רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

5.2 מבוטחים שיצאו לחל"ת או חל"ד:

5.2.1 רשאים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסה (כולל בני משפחותיהם) ולשלם באמצעי גבייה אישי את דמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה, או שבעל הפוליסה רשאי להמשיך ולממן את הפרמיה בגינם.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

6.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח, או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, כתוצאה מ: פיטורין, עזיבת עבודה, פרישה לגמלאות, או גירושין, יוכל מבוטח 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 המבטחת ולתקופת הנחה של 25% שנתיים ראשונות ו-10% הנחה משנה שלישית עד חמישית כולל, כפי שמפורט בנספח 2 לפוליסה.

6.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת 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.

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

- 6.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבוטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.
- 6.5 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.
- 6.6 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.
- 6.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדשיים.
- 6.8 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.

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

הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	פרמיה לעובד
	מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
לפי גיל (7.5/16.5/22)	100	105	55	לעובד/גמלאי בכל גיל ועד גיל 66 כולל

הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	פרמיה לשאר המבוטחים על פי גיל
	מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
7.5	9	10	16.07	0-25 (ילד*)
16.5	100	105	47.84	26-45 ילד בוגר מגיל 25
22	100	105	47.84	46-66
25	180	183	85.34	67-70
30	180	183	87.34	71-75
30	180	183	102.34	+76

* החל מילד שלישי (עד גיל 25) חינם

**נכון למדד הידוע בעת כניסת הפוליסה לתוקף

*** גובה הפרמיה עבור עובד/ גמלאי מגיל 67 ומעלה לפי טבלת הפרמיות על פי גיל לעיל.

- 7.1 **אופן תשלום הפרמיה:**
עובד (לא כולל עובדי מחקר) – רובד הבסיס במימון המעסיק, לא כולל גילום מס. רבדי הרחבה לעובד - במימון העובד באמצעי גביה אישי.
בני משפחה של עובד – מימון רובד בסיס והרחבות באמצעי גביה אישי (ילד בוגר של עובד – מימון באמצעי גביה אישי).
עובד מחקר, גמלאי ובני משפחתם – מימון רובד בסיס והרחבות ע"י עובד המחקר ו/או הגמלאי באמצעי גביה אישי.
- 7.2 גיל המבוטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות) (להלן: **"הגיל הקובע"**).
לצורך חישוב דמי הביטוח, השנים הלא שלמות, יחושבו כך שעד מועד חצי השנה, הגיל יעוגל מטה, ולאחר היום ה-181, הגיל יעוגל מעלה. לדוגמה: גיל 30 ו-5 חודשים יחשב כגיל 30. וגיל 30 ו-8 חודשים, יחשב כגיל 31. לעניין תגמולי הבטוח, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח גיל המבוטח יקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.
- 7.3 בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים במרוכז, על בסיס חודשי, זאת עד ה-25 בכל חודש בגין החודש הקודם. תשלום עבור הרחבות לעובד ופרמיה עבור בני משפחתו של עובד, תשלום מהגמלאים ובני משפחתם, ייגבה ישירות על ידי המבטח באמצעות אמצעי גביה אישי.
- 7.4 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: **"מדד הבסיס"**).
- 7.5 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 חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-
- 7.5.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- 7.5.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- 7.5.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 7.5.4 במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 7.5.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

התאמת דמי הביטוח:

7.6

7.6.1 בתום כל 24 חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח (1.6.2018) דהיינו ביום 1.6.2020, ו - 1.6.2022, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ("תקופת הבדיקה" כמפורט בנספח 2). במידה ותידרש העלאת, היא תחול החל מהחודש ה-25.

7.6.2 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח לעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מהתקרה של 40% במועד ההתאמה הראשון ו - 25% במועד ההתאמה השני, כמצוין בנספח 2 לפוליסה. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית, הצדדים רשאים בהסכמה לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים נוספים לפוליסה כפי שיוחלט בין הצדדים.

8. תגמולי ביטוח:

8.1 המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות מקוריות.

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

8.3 בכפוף לאמור לעיל, 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.

8.4 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 או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים.

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

8.6 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.

8.7 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 השירות, 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.

8.8 המבטח יודיע למבוטח בתוך 14 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 21 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. במקרה חירום על פי הצורך הרפואי, מובהר ומוסכם כי במידה והמבטח לא ימסור את החלטתו לגבי אישור תביעה או דחייתה בכתב תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבוננו. המבטח ישפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות (או נאמן למקור) או העתק קבלות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 ימי עבודה, בכפוף לאמור לעיל.

9. תחלופ (סברוגציה):

9.1 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.

9.2 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.

9.3 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.

10. ביטוח כפל:

10.1 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.

10.2 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.

11. תביעות:

11.1 על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישור, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני

ביצועו של הטיפול הרפואי.

הפחתה כאמור לא תחול בכל אחת מאלה:

- 11.1.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.
- 11.1.2 אי קוימה או איחור לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הברור.
- 11.2 המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סדויות רפואיות 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.
- 11.3 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.
- 11.4 העתק קבלות - במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזיר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציגם, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויציין 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 להמציא קבלות מקוריות. המבוטח יוכל להגיש למבטח העתק מסמכים גם באופן דיגיטלי בדוא"ל, או מסרון או בחשבון האישי המקוון של המבוטח.
- 11.5 אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח, על חשבון המבטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבוטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק עד 20 ק"מ ממקום מגוריו של המבוטח.
- 11.6 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.
- 11.7 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתללות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל איז:
- 11.7.1 ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 11.7.2 יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 11.7.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח

או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

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

12. חריגים כלליים:

12.1 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:

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

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

12.1.3 פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

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

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

12.5.6 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

12.5.7 טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון (למעט הכיסויים הנקובים בפרק האמבולטורי).

12.5.8 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור וזיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסתטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חיך

שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רביה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנט; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל- 160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

12.5.9 טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינקי.

12.5.10 סייג בשל מצב רפואי קודם – מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:

א. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.

ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

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.

פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל אלא אם כן התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה ע"י המבוטח בכוונת מירמה:

(1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה;

**(2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה
חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא
השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.**

13. מתן מסמכים והודעות למבטח – סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

13.1 (א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזרה עליהם המפקח.

(ב) על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין:

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

(2) את האפשרות של המבטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.

את האפשרות של המבטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

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

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

13.4 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטח 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 המבטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

13.4.1 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.

13.4.2 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, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

13.4.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

14. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתית

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו 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 לגביו 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.

(ב) 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 לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתית בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לסי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתית, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את

הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

15. תנאי הצמדה למדד:

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

15.1.1 "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.

15.1.2 "המדד היסודי" - המדד הידוע ביום כניסת הפוליסה לתוקף.

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

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

15.3 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.

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

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (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.

רובד בסיס

פרק 1 - השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות:

- 1.1 **המרכז הלאומי להשתלות** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
- 1.2 **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או 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 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 או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים יחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.
- מובהר כי השימוש במכונת החייה ו/או תפעול כלייה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה ע"פ פרק 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.
- 1.3.3 ההשתלה כפופה לחוק סחר באיברים

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 השתלה: מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה.
- 2.2 מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.

3. התחייבות המבטח:

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עפ"י הפוליסה להלן, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:

3.1 לעניין השתלה אשר נערכת בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית בסך 5,000,000 ₪ כמפורט בנספח גבולות אחריות המבטח כמפורט בנספח 1. 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.

3.2 לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין ניתוחים או טיפול מיוחד, אשר מבוצע בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. אם הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל מבוצע בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי בסך 1,500,000 ₪ כמפורט בנספח 1.

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, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בי אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה (עד 180 יום).

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 שתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים 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 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.
- 3.3.8 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקות הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים למבוטח ומלווה אחד, ובמקרה והמבוטח הינו קטין - לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.3.9 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.
- 3.3.10 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD)
- 3.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:
- 3.4.1 הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי וזאת עד לסכום של 200,000 ₪ הנקוב בנספח 1.
- 3.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 3.4.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪ הנקוב בנספח 1.
- 3.4.4 הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל 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 1000 ₪ למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג מלווים ליום ועד 200,000 ₪ הנקוב בנספח 1.
- 3.4.5 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

- 3.4.6 הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד לתקרת סכום של 150,000 ₪ הנקוב בנספח 1.
- 3.4.7 תשלום עבור העברת גופת המבטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.8 תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת סכום של 150,000 ₪ הנקוב בנספח 1.
- 3.4.9 תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, עד לתקרה של 30,000 ₪ כמפורט בנספח 1.
- 3.5 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.11 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.5, 3.4.7 – הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יחא זכאי המבטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה. יובהר, שבמידה ויצא המבטח לחו"ל להשתלה או לטיפול מיוחד ומכל סיבה שהיא (רפואית או אחרת) לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל, המבטח יישא בהוצאות כמפורט בסעיפים 3.3-3.4. כיסוי ההוצאות לא יפגע בזכות המבטח לכיסוי השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד לתקרות הכיסוי המופיעות בפרק זה בניכוי סכומים שכבר שולמו.
- 3.6 תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:
- 3.6.1 מבטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ הנקוב בנספח 1 למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראליים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבטח 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:
- 3.7.1 מבטח שעבר השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל ו - 100,000 ₪ עבור השתלה בארץ כנקוב בנספח 1 ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף 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.

למען הסר ספק, המבטח רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.6 או 3.7

ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו- 3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.8 להלן.

3.8 גמלת החלמה למועמד להשתלה:

- 3.8.1 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי) המרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי ונוזקק לשירותי מטפל, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 7,500 ₪ בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ- 12 חודשים.
- 3.8.2 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי) השווה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 3,750 ₪ ולמשך תקופה של עד 12 חודשים.
- 3.8.3 תנאי לקבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

3.9 גמלת החלמה לאחר השתלה:

- 3.9.1 עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי הנדרש לאחר השתלה בסך 7,500 ₪ הנקוב בנספח 1 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים כפי הזמן הנקוב בנספח 1. עבר המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל וקופ"ח השתתפה בהוצאות הטיפול, ישלם המבטח למבוטח פיצוי חודשי כאמור.
- לאחר השתלת קרנית, יהא המבוטח זכאי לתשלום גמלה בסך 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.
- 3.9.2 נפטר המבוטח 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.

3.10 טיפול ניסיוני בחו"ל:

- 3.10.1 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 המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:
- 3.10.2 עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 50,000 ₪ כנקוב בנספח 1.
- 3.10.3 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 40,000 ₪ למבוטח ולמלווה אחד, ועד 60,000 ₪ לשני מלווים, כפי הנקוב בנספח 1; נדרש

המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

3.10.4 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪ כפי הנקוב בנספח 1;

3.10.5 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1,000 ₪ ליום למלווה, ו-עד 1,500 ₪ לשני מלווים כפי הנקוב בנספח 1.

3.10.6 יובהר שהכיסוי הינו בגין טיפולים ניסיוניים כמפורט בסעיף 3.10.1 בלבד.

3.11 **פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד:**

נפטר המבוטח כתוצאה או במהלך השתלה או טיפול מיוחד תוך עד 7 ימים מיום הניתוח (כולל), תשלם המבטחת למוטבים (ובהיעדר קביעת מוטבים ליורשים ע"פ דין) פיצוי בסך 150,000 ₪ ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל בפרק זה.

פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1.

הגדרות מיוחדות

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 וכן למניעת כאב.

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 ייועד 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 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

1.11 **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL:** תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.

1.12 **פרסום רשמי - אחד מהבאים:**

- (1) פרסומי ה-FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
 - ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.
 - ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- (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

1.13 **טיפול ניסיוני: טיפול שאינו מאושר על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול במחלתו של המבוטח.**

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 שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "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 לשימוש בתרופה והיא תכוסה במסגרת הפוליסה עד סכום ביטוח מרבי של 200,000 ₪, יובהר כי במידה ויוכח שהטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות, יוגדל סכום הביטוח ל-500,000 ₪. כמפורט בנספח 1.

2.3 מובהר כי תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "**מחלה יתומה**") ותרופת OFF LABEL, הינן תרופות המכוסות על פי תנאי פוליסה זו.

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

3.1 המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות ובכפוף לאמור בתנאים הכלליים ו/או תשלם ישירות לנותן השירות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, עד תקרת סכום הביטוח המרבי, בניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪, כמפורט בנספח 1, למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה ייתן 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 של 300 ₪ הנקוב בנספח 1.

3.1.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש.

3.2 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה מהשב"ן ושלם במסגרתה השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששולם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.

3.3 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות, הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתה סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב ולא יותר מהסכום הכולל של 40,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%, כפי הנקוב בנספח 1.

3.4 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.

3.5 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי בגין מצב רפואי שהיה קיים טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח נתגלה אצלו מצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.

3.6 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידי 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.

3.7 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.

3.8 סכום הביטוח המרבי למבוטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד ל 3,000,000 ₪ הסכום המתחדש בכל 30 חודשים כפי הנקוב בנספח 1.

3.9 המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום של 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 מכוסה 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.

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

פרק 3 - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הכיסוי הבטוח

1.1 **מקרה הביטוח:** ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.

1.2 תואם הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכסה הניתוח במלואו. בהיוודע למבטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מיידי וימסור 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 תאום מוקדם של המבטח סכום השיפוי המרבי יהיה 250,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוה מביניהם, כמפורט בנספח 1.

1.3 **הוצאות המכסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנוותן השירות ו/או ישפה את המבטח 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 המבטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.

1.4 **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבטח 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 המבטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/תחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית של 85,000 ₪ כמפורט בנספח 1 להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטח, 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, העברה יבשתית 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 המבטח ומלווה אחד (במקרה של מבטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 25,000 ₪ למבטח ומלווה יחיד, ועד 40,000 ₪ למבטח ושני מלווים לכיסוי הוצאות הטיסה ועד 700 ₪ ליום להוצאות שהייה, כפי המפורט בנספח 1.

- 1.4.3 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ל המבטוח בעת שהותו בחו"ל.
- 1.4.4 **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבטוח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד לסכום של 100,00 ₪ כמפורט בנספח 1.
- 1.4.5 **כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח:** בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבטוח 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 מבטוח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 14 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום של 700 ₪ ליום ועד 14 ימים, כפי המפורט בנספח 1 להלן.
- 1.4.6 **כיסוי להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר הניתוח:**
- 1.4.6.1 נזקק המבטוח להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל עם הרופא המנתח, ישפה המבטוח את המבטוח בגין הוצאות שהוציא עבור ההתייעצות ו/או הביקורת בחו"ל עד לסך של 10,000 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבטוח זכאי לשתי (2) התייעצויות ו/או ביקורות בחו"ל במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח.
- 1.4.6.2 המבטוח תשפה את המבטוח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה בטיסה סדירה ועד לתקרת בסך 10,000 ₪ ובגין הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבטוח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים ועד לסך של 10,000 ₪.
- 1.4.7 **פיצוי במקרה של מוות בניתוח אלקטיבי:** נפטר המבטוח כתוצאה מניתוח במהלך הניתוח או תוך 7 ימים לאחריו, ישלם המבטוח למוטבים (ובהיעדר מוטבים ליורשי המבטוח על פי דין), פיצוי בסך 150,000 ₪. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל בפרק זה.
- 1.4.8 **ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:** המבטוח ישפה א המבטוח בגין הוצאות ריפוי בעיסוק עקב הניתוח עד לסך של 180 ₪ לטיפול, עד 12 טיפולים ועד שנה ממועד הניתוח, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.
- 1.4.9 **הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר ועד 30 ימים ממועד שחרור המבטוח מבית החולים, המבטוח ישפה את המבטוח בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה, עד לסך של 800 ₪ ליום ועד 7 ימים.
- 1.4.10 **שכר אח/ות פרטית/ לאחר ניתוח:** המבטוח ישפה את המבטוח בגין הוצאות העסקת אח/ות פרטית/ בבית החולים, עד לסך של

600 ₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז.

1.4.11 **שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו לבית חולים או ממנו או בין בתי החולים בחו"ל.

1.5 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:

1.5.1 ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.

1.5.2 טיפולי כימותרפיה או רדיותרפיה.

1.5.3 טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה וטיפולים פארא-רפואיים.

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

פרק 4 - כיסוי להתייעצויות, בדיקות והוצאות רפואיות

1. הגדרות מיוחדות

"**בדיקות רפואיות אבחנתיות**"- בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T), Capsule Wireless Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (fMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה או לקביעת דרכי טיפול.

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:

בקרות מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן:

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 של 1,000 ₪ להתיעצות ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח, כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות הכוללת של ההתייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוץ הסכום עליו וויתר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההיריון אחר המבוטחת וההתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.

3.2 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מהסכום של 12,000 ₪ לשנת ביטוח (עד 5,000 ₪ לבדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%), כפי הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.3 **כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות 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 למקרה ביטוח בסך 6,500 ₪, כקבוע בנספח 1, לפי הנמוך

מבניהם ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. המבוטח יקבל שיפוי מלא במידה והפניה לקבלת חוות הדעת השנייה בוצעה דרך המבטח באחת החברות עמן קשור המבטח. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל בכדי לקבל את חוות הדעת, ישפה אותו המבטח בגין הוצאות הטיסה עד הסכום של 4,500 ₪ הנקוב בנספח 1.

4. הוצאות רפואיות מיוחדות (שיפוי בגין מחלה קשה)

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף זה, ובכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, ובכפוף לחריגים הכלליים.

4.1 **מקרה הביטוח**

אחד המקרים המפורטים להלן, אשר אובחנו לראשונה, במבוטח, במהלך תקופת הביטוח:

4.1.1 **אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure)** - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

4.1.2 **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

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

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

צהבת
מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
אנצפלופתיה כבדית;
יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלניזם.

4.1.5 **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)**
אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנזק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:
הקטנה חדה בנפח הכבד;
נזק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכה בהיסטולוגיה;
ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות

פקטורים 5 ו-7;
צהבת, מעמיקה;

- 4.1.6 מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) – מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:**
נפח FEV1 של פחות מ – 1 ליטר או מתחת ל – 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל – 50% או פחות מ – 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.
הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל – 55 מ"מ כ" ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ".
- 4.1.7 יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה, הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנמימות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ כ" או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ כ", היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.**
- 4.1.8 צפדת (טטנוס) (Tetanus) – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.**
- 4.1.9 אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION) – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. אבחנה של אוטם חריף בשריר הלב תיתמך בבדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים. יהיה ניתן לדרוש בנוסף לבדיקות הביוכימיות כאמור קיומה של אחת משתי האידוקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם. למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**
- 4.1.10 ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair) – ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.**
- 4.1.11 ניתוח אבי העורקים (Aorta) – ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי הליכים המבוססים על צינתור, כגון תיקון אנדוסקולרי של מפרצת אבי העורקים, יכוסו בהגדרה זו.**
- 4.1.12 ניתוח מעקפי לב (CABG) – ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.**
- 4.1.13 שבץ מוחי (CVA) – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא**

בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.

4.1.14 קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy) – מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

4.1.15 סרטן (Cancer) – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הדלקין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

א. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.

ב. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות).

ג. מחלות עור מסוג:

(1) Basal Cell Carcinoma - Hyperkeratosis;

(2) מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו

לאיברים אחרים.

ד. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפוזי בנוכחות מחלת ה-AIDS.

ה. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 NO MO TNM Classification (כולל) או לפני Gleason Score עד ל-6 (כולל).

ו. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000 \text{ B cell lymphocytes} / \mu\text{l}$ ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

ז. פוליפים שפירים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית.

ח. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

4.1.16 אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia) – כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נוטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

עירוי מוצרי דם;

מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;

מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);

השתלת מוח עצם.

4.1.17 גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) – תהליך שפיר

תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם למקד נייורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפרמציות של כלי הדם המוחים והמטומות.

4.1.18 חירשות (Deafness) - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

4.1.19 עיוורון (Blindness) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

4.1.20 פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis) - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד זיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

4.1.21 שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

4.1.22 כוויות קשות (Severe Burns) - כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

4.1.23 אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור, אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

4.1.24 פרקינסון (Parkinson's Disease) - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי נייורולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה הקשה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9.

4.1.25 השתלת איברים (Organ Transplantation) - לב, ריאה, לב-ריאות, کلیה, לבלב, כבד, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההפזיזיה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר. מובהר בזאת כי התנאי לתשלום על פי הגדרה זו על ידי המבטח היא שהשתלת האיבר בוצעה על פי הוראות חוק השתלת איברים, תשס"ח-2008, ובכלל זה כי נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשו על פי הדין החל באותה מדינה וכי מתקיימות הוראות חוק השתלת האיברים לעניין איסור סחר באיברים.

4.1.26 עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד

ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימי מומחה.

4.1.27 **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) – עדות**
לפגיעה משולבת בניריון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

4.1.28 **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident) – פגיעה**
מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה ליירדה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלוקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

4.1.29 **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) – דלקת**
קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים. הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיף HIV או הרפס.

4.1.30 **דלקת מוח (Encephalitis) – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים**
לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיף HIV או הרפס.

4.1.31 **איבוד גפיים (Loss of Limbs) – איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או**
קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.

4.1.32 **תשישות נפש (Dementia) – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של**
המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה ביכולת לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

זכאות לתגמולי ביטוח

4.2

מבוטח אשר לקה לראשונה באחת המחלות המנויות להלן במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות הנדרשות לצורך טיפול במצבו הרפואי, עפ"י חוות דעת של רופא מומחה אשר הבעיה בתחום מומחיתו, בנוסף לשיפוי או פיצוי להם הוא זכאי עפ"י כל פרק בפוליסה זו, לפי העניין.

4.3 **הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו – כהוצאות כולל בגין טיפולים, ניתוחים, תרופות, אביזרים רפואיים, בדיקות רפואיות, טיפולים שיקומיים.**

4.4 **סכום הביטוח**
בקורות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגובה 80% מההוצאה בפועל, עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. חבות המבטח הינה עד לתקרה של 10,000 ₪ למקרה ביטוח, סכום המתחדש בכל 30 חודשים כמפורט בנספח 1. מובהר כי במקרה והמבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה בגין אחת המחלות המנויות, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על התקרה כמפורט בנספח 1.

4.5 **תקופת אכשרה**
תקופת האכשרה עפ"י פרק זה הינה 90 יום.

4.6 **חריגים מיוחדים:**
החברה לא תהא אחראית ולא תשלם על פי פוליסה זו כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין או הנובעת ממקרה ביטוח שהינו תוצאה של המהלך הרגיל של המחלה או מערכת נסיבות רפואיות אשר התקיימו במבוטח לפני תחילת תקופת הביטוח.

רובד הרחבה 1:

פרק 5 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם טיפוליים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל

1. הגדרות לפרק זה:

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1 **"התייעצות"** – התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
 - 1.2 **"טיפול מחליף ניתוח"** – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
 - 1.3 **"ניתוח"** – פעולה פולשנית-חדירנית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
 - 1.4 **"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.
 - 1.5 **"שתל"** – כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
 - 1.6 **"מרפאה כירורגית פרטית"** – מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודת האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
 - 1.7 **"בית חולים פרטי"** – אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.8 **"קופת חולים"** – כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
 - 1.9 **"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.
 - 1.10 **"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:

ניתוח באמצעות רופא שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי ותגמולי הביטוח:

בקורות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1 שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח, עד הסכום המפורט בנספח 1) נותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא, נותן שירות שאינו בהסכם - - עד 1,500 ₪ או 120% משכר נותן השירות שבהסכם, הגבוה מביניהם) ; 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, עבור נותן שירות בהסכם – כיסוי מלא, עבור נותן שירות שאינו בהסכם – אין החזר כפי המפורט בנספח 1;

3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;

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

יובהר כי אתר האינטרנט של המבטח, שכתובתו: www.fnx.co.il יעודכן מעת לעת והמבטח רשאי להוסיף סוגי הליכים רפואיים נוספים בכל עת.

4. חריגים מיוחדים לפרק זה:

סעיף החריגים בתנאים הכללים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.

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

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

4.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד

למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

4.1.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

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

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

4.6 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.

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

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

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

5. תקופת אכשרה: 90 יום, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

פרק 6- ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

פרק זה יחול על מבוטח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי המפורט בפרק 5

1. הגדרות:

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1 **"בית חולים פרטי"** – אחד מאלה:
(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.2 **"שתל"** – כל אבר, 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;
 - 1.3 **"ניתוח"** – פעולה פולשנית – חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
 - 1.4 **"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.
 - 1.5 **"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.
 - 1.6 **"קופת חולים"** – כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
 - 1.7 **"מרפאה כירורגית פרטית"** – מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, 1951, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
 - 1.8 **"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.

1.9 "תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון")" - כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.

1.10 "תכנית השב"ן" - תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.

1.11 "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.

1.12 "תקופת אכשרה /המתנה בשב"ן" - תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.

2. מקרה הביטוח:

ניתוח באמצעות רופא שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1 שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח, עד הסכום המפורט בספח 1 (נותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא, נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,500 ₪ או 120% משכר נותן השירות שבהסכם, הגבוה מביניהם); לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2 שכר מנתח.

3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;

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

יובהר כי אתר האינטרנט של המבטח, שכתובתו: www.fnx.co.il יעודק מעת לעת והמבטח רשאי להוסיף סוגי הליכים רפואיים נוספים בכל עת.

4. תגמולי הביטוח:

המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המפורטות לעיל שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

- 4.1 מבוטח יהא זכאי על פי פרק זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר.
- 4.2 הסכום המקסימלי שהחברה תחוב למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על ההפרש שבין העלויות של המרכיבים המופיעים בסעיף 3 לעיל והוצאות שהמבוטח קיבל בגין החזרים מהשב"ן.
- 4.3 במקרים בהם אין השב"ן מכסה את מקרה הביטוח למבוטח בלבד, בשל הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 5 להלן, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה.
- 4.4 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 3 בהתאם לקבוע בפרק 5, סעיף 3. הוצאות סעיף 5 לא יחולו במקרה זה.
- 4.5 הוכרה זכאותו של מבוטח לביצוע הניתוח ע"י השב"ן אולם הניתוח נקבע לתקופה העולה על 30 יום מהמועד בו אושרה הזכאות בגלל העדר זמינות של הרופא המנתח, או ביקש המבוטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו בהסכם עם השב"ן אולם נמצא בהסכם עם המבטח, יהיה זכאי המבוטח לעבור את הניתוח באמצעות רופא שבהסכם עם המבטח וישופה באופן מלא בגין מלוא הוצאותיו.

5. ברות ביטוח

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

6. חריגים מיוחדים לפרק זה:

סעיף החריגים בתנאים הכללים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 6.1 **מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.**
- 6.2 **ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.**
- 6.3 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.**

- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 6.4.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 6.4.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 6.5 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 6.6 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.
- 6.7 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.
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
7. תקופת אכשרה: 90 יום, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

רובד הרחבה 2: **פרק 7 - שירותים אמבולטוריים**

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1 "ניתוח גדול" - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבטוח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 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 סיסטי שליה לרבות צ'יפ גנטי.
 - 1.2.6 מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 - 1.2.7 בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.2.8 בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI ואחרים
 - 1.2.9 שימור דם טבורי
 - 1.2.10 כל בדיקה אחרת הנדרשת למבטוחת במהלך ההיריון, בכפוף להפניית רופא מומחה
- 1.3 "בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון": סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, תסמונת בלום וקנון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.4 "מוסד החלמה": מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי.
- 1.5 "פיזיותרפיה" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לבצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה הביטוח:

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

3. שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

- בקרת מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבטוח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן:
- 3.1 **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבטוח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות

דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 4,500 ₪ על-פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך מביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.2 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 לסך של 3,000 ₪ כמפורט בנספח 1.

3.3 טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי ו/או ההידרותרפי עד לסכום של 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח, ובכפוף ל - 20% השתתפות עצמית, כמפורט בנספח 1 ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורטופד מומחה.

3.4 טיפולי שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולי שיקום לאחר תאונה ו/או ניתוח ועל פי הוראת רופא, כמפורט להלן: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק. תקרת החזר עד 250 ₪ לטיפול ולא יותר מ - 22 טיפולים לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%, כמפורט בנספח 1.

בדיקות ושירותים אונקולוגיים:

3.5 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 היפרטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו 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 בסך 100,000 ₪ לשנת ביטוח, לטיפול בהימופילטרציה או פרפוזיה ישירה עד תקרה של 200,000 ₪ לשנת ביטוח, על-פי האמור בנספח 1. 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.

שירותי רפואה גנטיים:

3.6 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 המינון. בדיקות נאשו גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מהסכום הכולל של 30,000 ₪ למקרה ביטוח, כפי הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר או בדיקת צ'יפ גנטי.

שירותי רפואה קרדיולוגיים:

3.7 מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי: המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום של 150 ₪ לחודש, ועד 24 חודשים כפי הנקוב בנספח 1.

3.8 התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב: המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום של 200 ₪ לחודש, ועד 9 חודשים. כפי הנקוב בנספח 1.

שירותים רפואה כלליים:

3.9 שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול: המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום של 700 ₪ ליום כפי הנקוב בנספח 1 ליום ועד 14 יום.

3.10 טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום של 4,000 ₪ לשנת ביטוח, כפי הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.11 אביזר/ים רפואי: המבטח זכאי להחזר בגין הוצאות עבור אביזר רפואי: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar Agrelief 10), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP. מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונוס, שתל קוכולארי ו/או נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין. ההחזר הינו עד הסכום של 4,000 ₪, סכום המתחדש לאחר 30 חודשים ובכפוף להשתתפות עצמית של 30% כפי המצוין בנספח 1.

3.12 שיקום הליכה ויציבה: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה ניורולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא אורטופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום, עד תקרת החזר בסך – 7000 ₪ לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובכפוף לאמור בנספח 1.

3.13 הזרקת חומרי סיכוך למפרקים, אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות,

בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי בסך 4,000 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים) כמפורט בנספח 1 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 תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.14 **טיפול בגלי הלב, לייזר גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות וטיפול בכאבי מפרקים ורקמות הרכות:**

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), עד סכום מרבי בסך 3,500 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים), כמפורט בנספח 1. 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 תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.15 **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, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי בסך 5,000 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים) כמפורט בנספח 1. 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 תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.16 **הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:**

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי בסך 5,000 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים) כמפורט בנספח 1. 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 תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.17 **הזרקות לטיפול בהזעת יתר:**

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי בסך 6,000 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים) כמפורט בנספח 1. 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 תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.18 **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:**

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, עד סכום מרבי בסך 2,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ-10,000 ₪ לסדרת הזרקות בגין עלות החומר והטיפול עצמו, כמפורט בנספח 1. 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 תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

התפתחות הילד:

3.19 **טיפולם ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח בסך 2,500 ₪ כפוף להשתתפות עצמית בסך 20%, סכום המתחדש כל 30 חודשים כמפורט בנספח 1.

המבטח ישפה את המבטח או ישלם ישירות למטפל / למכון שבהסכם עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נויורולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 3-16. טיפול יעשה על ידי ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח של 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%, לתקופה המתחדשת בכל 30 חודשים, כמפורט בנספח 1.

רפואה מונעת:

3.20 **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר החרם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, תקרת החזר 350 ₪ לבדיקה הכל כמפורט בנספח 1 ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 20%. תקרה לכל תקופת בדיקה.

הריון ולידה:

3.21 **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.2 לעיל, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.3 עד לסכום בסך 6,000 ₪, וכן בגין יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההיריון או לאחריו, עד לסכום בסך 4,000 ₪ כפי המפורט בנספח 1.

3.22 **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה עד סכום הביטוח בסך 4,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, כפי המצוין בנספח 1.

3.23 **אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון:** מבטחת שאושפזה כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה לתקופה העולה על 14 יום תהיה זכאית לפיצוי בסך של 150 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום ה-14 לאשפוז ולא יותר מ-30 ימים, כמפורט בנספח 1.

3.24 **טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובח"ל:** המבטח ישפה את המבטחת ב-80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית (I.V.F.) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבטחת להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל, וזאת עד תקרת הסכום בסך 15,000 ₪ כפי הנקוב בנספח 1 לכל ילד. ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני ההורים מבטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד. על אף

האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.

3.25 מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובח"ל:
המבטח ישפה את המבוטח ב 75% מהסכום ששילם בפועל בגין הבדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות נעשתה עפ"י הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד תקרת הסכום בסך 20,000 ש"כ הנקוב בנספח 1 יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד. יובהר כי המדובר בבדיקות ושירותים להיריון בלבד ולפונדקאית בלבד.

3.26 אביזרים לאחר ניתוח:
המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל לאביזרים הנדרשים לו לאחר ניתוח לצורך הגנה על האיבר המנותח עד תקרת הסכום בסך 2,500 ש"כ, הנקוב בנספח 1: חגורת בטן, חגורת גב, מגן ברך, מגן קרסול.

4. שיפוי שב"ן :

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה.

5. תקופת אכשרה: 90 יום, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום

פרק 8 - כתב שירות רפואה משלימה

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

- 1.1 "הספק" - חברת ביקור רופא או כל חברה אחרת אשר נמצאת בהסכם עם חברת הביטוח
- 1.2 "חברת הביטוח" - הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 1.3 "פוליסת הביטוח" - פוליסת ביטוח בריאות של חברת הביטוח, הכוללת כתב שירות לשירותי רפואה משלימה.
- 1.4 "מבוטח" - עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 21 אזרחי ארץ ישראל ששמשם נקוב בקובץ הנתונים שיועבר מדי חודש לחברה על ידי המבוטח.
- 1.5 "המנוי" או "המשפחה המנויה" - מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.6 "נותן השירות" - נותן שירות באחד מתחומי רפואה משלימה המפורטים להלן.
- 1.7 "מרפאות הסדר" - מרפאות של נותני השירות, אשר הספק התקשר עמן בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה. רשימת מרפאות ההסדר תעודכן מעת לעת.
- 1.8 "מוקד השירות" - מוקד טלפוני, המופעל בקו טלפון מס' 3455*.
- 1.9 "המדד" - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית סטטיסטית.
- 1.10 "מדד הבסיס" - כמפורט בפוליסה.
- 1.11 "המועד הקובע" - מועד תחילת תקופת הביטוח על פי פוליסת הביטוח, הנקוב בדף פרטי הביטוח.

2. מקרה הביטוח

מבוטח אשר לפי אבחנת הרופא המטפל בו (שהינו בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל) קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה מהרופא המטפל הנ"ל, או לפי העניין הפניה לייעוץ דיאטטי.

3. רשימת הטיפולים המכוסים - אחד או יותר מהרשימה להלן:

- 3.1 המנוי יהא זכאי לקבל שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד (להלן - "השירותים").
 - 3.1.1 **אקופונקטורה** - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

- 3.1.2 **רפלקסולוגיה** - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 3.1.3 **שיאצו** - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת אנרגיה בגוף.
- 3.1.4 **אוסטיאופתיה** - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 3.1.5 **כירופרקטיקה** - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 3.1.6 **הומיאופתיה** - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 3.1.7 **פלדנקרייז** - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 3.1.8 **ביו - פיזיקה** - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 3.1.9 **נטורופתיה** - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 3.1.10 **ייעוץ דיאטטי** - התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.
- 3.1.11 **שיטת אלכסנדר** - שיטה שיקומית המשלבת לימוד הרגלי יציבה ותנועה
- 3.1.12 **טוינא** - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב עיסוי רקמות עמוק
- 3.2 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

4. תגמולי ביטוח

- 4.1 במסגרת כתב שירות זה יהיה המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, במידה והמליץ, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי, הזכאי לקבל את השירותים בהתאם לכתב שירות זה.
- 4.2 בכל מקרה, סידרת הטיפולים לה יהיה זכאי המנוי כאמור בסעיף 3.1 לעיל תכלול **עד 16 (ששה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת** (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישת הייעוץ נכללת במניין 16 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.
- 4.3 בכל מקרה, מספר הטיפולים הכולל לכל המבוטחים בפוליסה בשנת ביטוח אחת במסגרת כתב שירות זה **לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים** (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישות הייעוץ נכללות במניין 20 הטיפולים).

5. חריגים

5.1 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).1

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

6. כללי

6.1 נזקק המנוי לשירות כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' תעודת הזהות שלו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח. מובהר, כי המצאת מכתב הפניה של הרופא המטפל כאמור בסעיף 2.1 לעיל מהווה תנאי מוקדם להפניית המנוי על ידי מוקד השירות לנותן השירות הרלוונטי.

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

6.3 השירות על פי כתב שירות 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.

6.4 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

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

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

6.7 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 ביטול הפנייה למרפאת ההסדר.

6.8 על אף האמור בכתב שירות זה, הספק לא יהא מחויב על פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות הספק למנועו.

6.9 מחויבותו של הספק כלפי המנוי בטיפולו בפנייה של מנוי לקבלת השירות תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:

6.9.1 הפניית המנוי למרפאת הסדר.

6.9.2 ביטול הפנייה לקבלת השירות ע"י הודעת המנוי למוקד.

6.10 האחריות בגין איכות השירות ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן השירות הרלוונטי בלבד והספק לא יהא אחראי בכל אופן שהוא לגבי כל

אחד מהעניינים הבאים:

- 6.10.1 איכות הטיפול נשוא כתב שירות זה.
- 6.10.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.
- 6.10.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 6.11 מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי נותן השירות שייתן בפועל את השירות, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי הספק ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני השירות והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.
- 6.12 במקרים חריגים בלבד, יהא הספק רשאי, לפי שיקול דעתו המלא והבלעדי, לאשר את בקשת המנוי לקבל את השירות במרפאה שאינה נכללת במרפאות ההסדר, ואולם מובהר בזאת כי:
- 6.12.1 האחריות לתיאום ולביצוע הטיפולים יהיו על המנוי בלבד.
- 6.12.2 מבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף זה לעיל, הספק ו/או חברת הביטוח לא תהיינה אחראיות בכל צורה שהיא כלפי המנוי למעשה, מחדל או נזק כתוצאה מפנייתו למרפאה שאינה מרפאת הסדר.
- 6.12.3 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות בפועל את מלוא הסכום שיקבע ביניהם.
- 6.12.4 המנוי יהא זכאי לקבל מהספק החוזר חלקי בהתאם ובכפוף לאמור בסעיף 7.2 להלן.
- 6.12.5 **יובהר שבמידה ולספק אין נותן שירותים ברדיוס של עד 25 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי, יהא המנוי רשאי לקבל מהספק החוזר חלקי כאמור בסעיף 7.2 להלן.**
- 6.13 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד.

7. השתתפות עצמית

- 7.1 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שבצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסכום השווה לשיעור של 20%, כפי המפורט בנספח 1 ממחיר השירות שניתן לו על פי מחירון מרפאת ההסדר ללקוחות פרטיים כפי שיהיה בתוקף במועד מתן השירות.
- במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא הספק זכאי להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

7.2 במקרים חריגים בהם אישר הספק קבלת שירות שלא במסגרת מרפאת הסדר, ישלם המנוי ישירות למרפאה שנתנה בפועל את השירות את מלוא הסכום שיידרש על ידה, והספק יחזיר לו כנגד המצאת הקבלה המקורית סכום השווה לשיעור של 50% כפי המפורט בנספח 1 מהתשלום הנ"ל, אך לא יותר מ - 150 ₪ (מאה וחמישים ש"ח).

7.3 הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס.

8. תקופת תוקפו של כתב השירות:

תוקפו של כתב שירות זה כל עוד פוליסה זו בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטחיה או במקרה בו הוסכם ע"י החברה ובעל הפוליסה על ביטול כתב השירות במהלך תקופת הביטוח או בסיומה.

אולם, מבטח אשר החל בקבלת טיפולים מנותן השירות ימצא את זכותו עד לסיום אותה סדרת טיפולים לאותה שנת ביטוח בלבד.

נספח 1 - רשימת גבולות אחריות המבטח

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק 1 השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	3.1	השתלות בארץ או בחו"ל לרבות לב מלאכותי	במסגרת ההסכם - שיפוי מלא. לא בהסכם - שיפוי עד 5,000,000 ₪
	3.2	טיפול מיוחד בחו"ל	במסגרת ההסכם - שיפוי מלא לא בהסכם - עד 1,500,000 ₪
	3.4.1	הוצאות בגין בדיקות לאיתור האיבר להשתלה כולל איתור תורם מח עצם	עד 200,000 ₪
	3.4.3	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	עד 100,000 ₪
	3.4.4	הוצאות לשהייה בחו"ל	עד 1000 ₪ למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג מלווים ליום ועד 200,000 ₪
	3.4.6	טיפול המשך לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד	עד 150,000 ₪
	3.4.8	תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד	עד 150,000 ₪
	3.4.9	תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה.	עד 30,000 ₪ למעקב
	3.6.1	פיצוי לפני ביצוע השתלה	עד 350,000 ₪
	3.7.1	פיצוי לאחר ביצוע השתלה	עד 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל עד 100,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בארץ.
	3.9.1	גמלה לאחר השתלה גמלה לאחר השתלת קרנית	7,500 ₪ למשך 24 חודשים 4,000 ₪ למשך 3 חודשים
	3.10.2	בדיקות רפואיות נלוות שאינן מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל	עד 50,000 ₪
	3.10.3	הוצאות נסיעה לחו"ל	עד 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים.
	3.10.4	הטסה רפואית	עד 100,000 ₪
	3.10.5	הוצאות שהייה בחו"ל	עד 1000 ₪ ליום לאדם ו 1500 ₪ לשני מלווים

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק 2 תרופות שאינן בסל הבריאות	2.2	תרופה על בסיס 29(ג)	עד 200,000 ₪. במידה ויוכח שהטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות, יוגדל סכום הביטוח ל 500,000 ₪.
	3.1	השתתפות עצמית של המבוטח	150 ₪
	3.1.1	השתתפות עצמית של המבוטח	300 ₪
	3.3	בדיקות גנטיות להתאמת הטיפול התרופתי	40,000 ₪ למקרה ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%
	3.8	סכום השיפוי המרבי	עד 3 מיליון ₪ ל 30 חודשים ויתחדש כל 30 חודשים
	3.9	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה	200 ₪ לכל טיפול
פרק 3 ניתוחים ותחליפי ניתוח בחו"ל	1.2	ניתוח בחו"ל בכפוף לאישור המבטח מראש	בית חולים שבהסכם – שיפוי מלא בית חולים שלא בהסכם – שיפוי עד סכום מרבי של 250,000 ₪. או 200% מעלות ניתוח בארץ, הגבוהה מביניהם.
	1.4.1	כיסוי להטסה רפואית	עד 85,000 ₪
	1.4.2	כיסוי להוצאות טיסה	עד 25,000 ₪ למבוטח ומלווה יחיד / עד 40,000 ₪ למבוטח ושני מלווים
	1.4.2	כיסוי להוצאות שהייה	עד 700 ₪ ליום ועד 30 ימים
	1.4.3	הטסת גופה	כיסוי מלא
	1.4.4	הבאת מומחה לישראל	שיפוי עד 100,000 ₪
	1.4.5	הוצאות שהיה למבוטח לאחר ניתוח	עד 700 ₪ ליום ולא יותר מ 14 ימים
פרק 4 התייעצויות, בדיקות והוצאות רפואיות	3.1	התייעצות עם רופא מומחה	עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח ועד 1,000 ₪ להתייעצות, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	3.2	בדיקות רפואיות אבחנתיות	תקרה כללית: עד 12,000 ₪ לשנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. תקרה פר בדיקה: עד 5,000 ₪ לשנת ביטוח בכפוף לה"ע של 20%
	3.3	חו"ד שניה בחו"ל	עד סכום ביטוח מרבי של 6500 ₪
		הוצאות טיסה ושהייה עבור חו"ד שניה בחו"ל	עד סכום ביטוח מרבי של 4500 ₪
	4.4	החזר הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה/ארוע רפואי כמפורט	עד 10,000 ₪ למקרה ביטוח, תקרה 10,000 מתחדשת כל 30 חודשים השתתפות עצמית 20%.

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק 5 כיסוי מורחב לניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ	3.1	התייעצויות	נותן שירות שבהסכם - מלא ההוצאות. נותן שירות שאינו בהסכם - 1,500 ש או 120% משכר נותן השירות שבהסכם, הגבוה מבניהם, להתייעצות.
	3.2	שכר מנתח	נותן שירות בהסכם - מלא ההוצאות. נותן שירות שאינו בהסכם - אין החזר.
פרק 6 כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן	3.1	התייעצויות	נותן שירות שבהסכם - מלא ההוצאות. נותן שירות שאינו בהסכם - 1,500 ש או 120% משכר נותן השירות שבהסכם, הגבוה מבניהם, להתייעצות.
	3.1	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	4500 ש לשנת ביטוח 20% השתתפות עצמית
פרק 7 שירותים אמבולטוריים	3.2	חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה	עד סכום ביטוח מרבי של 3000 ש למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%
	3.3	טיפולי פזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים	עד 150 לטיפול, לא יותר מ 12 טיפולים לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית
	3.4	טיפולי שיקום אחרי ניתוח או תאונה	עד 250 לטיפול, לא יותר מ 22 טיפולים לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית
	3.5	טיפולים אונקולוגיים	100,000 ש לכל שנת ביטוח 200,000 ש לטיפול בהימופילטרציה או פרפוזיה ישירה
	3.6	בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות	עד 30,000 ש למקרה ביטוח ובהשתתפות עצמית של 15%
	3.7	מנוי למשדר קרדיולוגי	עד 150 ש לחודש ועד 24 חודשים בכפוף ל-25% השתתפות עצמית
	3.8	התעמלות שיקומית	עד 200 לחודש ועד 9 חודשים 25% השתתפות עצמית
	3.9	שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול	עד 700 ש ליום ועד 14 יום. השתתפות עצמית 25%

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק 7 שירותים אמבולטוריים	3.10	טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה	עד 4,000 ₪ לשנת ביטוח. השתתפות עצמית 25%
	3.11	אבזר/ים רפואי	עד 4,000 ₪ ל 30 חודשים ומתחדש לעוד 30 חודשים. השתתפות עצמית 30%.
	3.12	שיקום הליכה ויציבה	עד 7,000 ₪ לתקופת הביטוח, 20% השתתפות עצמית
	3.13	הזרקת חומרי סיכון למפרקים וכ'	עד 4000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים) בגין עלות החומר והטיפול עצמו.
	3.14	טיפול בגלי הלם וכ' לריסוק הסתיידויות, טיפול בכאבי מפרקים וברקמות הרכות	עד 3500 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים) בגין עלות החומר והטיפול עצמו
	3.15	הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לאו	עד 5000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים) בגין עלות החומר והטיפול עצמו
	3.16	הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי	עד 5000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים) בגין עלות החומר והטיפול עצמו
	3.17	הזרקות לטיפול בהזעת יתר	עד 6000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים) בגין עלות החומר והטיפול עצמו
	3.18	הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית	עד 2000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ 10,000 ₪ לסדרת הזרקות, בגין עלות החומר והטיפול עצמו.
	3.19	אבחון התפתחות הילד	עד 2,500 ₪ לתקופת בדיקה, בהשתתפות עצמית של 20%
		טיפול בהתפתחות הילד	150 ₪ לטיפול בהשתתפות עצמית של 20% עד 12 טיפולים לתקופת בדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה
	3.20	רפואה מונעת מגיל 50	350 ₪ לכל בדיקה, לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה, 20% השתתפות עצמית
	3.21	בדיקות הריון וסיקור גנטי לפני היריון	עד 6,000 ₪ השתתפות עצמית 20%
		בדיקות גנטיות במהלך ההיריון או לאחריו	עד 4,000 ₪ השתתפות עצמית 20%

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
שיפוי עד 4000 ₪ למקרה ביטוח	הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין	3.22	
פיצוי בסך של 150 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיון ה 14 לאשפוז ולא יותר מ 30 ימים	אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה	3.23	
עד 15,000 ₪ לילד ועד 2 ילדים 20% השתתפות עצמית	טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ או בחו"ל	3.24	
עד 20,000 ₪ לסדרה ועד 2 סדרות לילד, ועד 2 ילדים. 25% השתתפות עצמית	מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ או בחו"ל.	3.25	
עד 2,500 ₪	אביזרים לאחר ניתוח	3.26	
20% לטיפול	שיעור ההשתתפות העצמית	7.1	פרק 8 רפואה משלימה (כתב שירות)
50% לטיפול	שיעור ההשתתפות העצמית	7.1	

נספח 2 - נתוני הסכם הביטוח והפוליסה

הערות	תנאי הפוליסה	הנושא	סעיף	הסכם / פוליסה
	פרקים 1-4	רובד בסיס		הסכם
	פרק 5 או 6	רובד הרחבה 1		הסכם
	פרקים 7 + 8	רובד הרחבה 2		הסכם
	01/06/2018	תאריך התחלת הביטוח		הסכם
	31/05/2023	תאריך סיום הביטוח		הסכם
	מדנס סוכנות לביטוח	סוכן הביטוח		הסכם
ילד שלישי (עד גיל 25) ואילך חינם	25	הגיל בו "ילד" חדל להיות ילד והופך "ילד בוגר"	2.2 (ה)	פוליסה פרק מבוא
	25% ל – שנתיים ראשונות ו- 10% החל מהשנה השלישית ועד החמישית כולל	הנחה למבוטח שעוזב את הביטוח ועובר לפוליסת פרט	6.1	פוליסה פרק מבוא
לא כולל גילום מס	על חשבון המעביד	מימון הפרמיה לרובד הבסיס לעובד (לא כולל עובדי מחקר)	7.1	פוליסה פרק מבוא
ישולם באמצעי גביה אישי של העובד ו/או של הילד הבוגר	על חשבון העובד (ילד בוגר –או על חשבון הילד הבוגר)	מימון הפרמיה לבסיס לבני המשפחה של העובד	7.1	פוליסה פרק מבוא
ישולם באמצעי גביה אישי של העובד ו/או הילד הבוגר	על חשבון העובד (ילד בוגר –או על חשבון הילד הבוגר)	מימון הפרמיה להרחבות לעובד ו/או לבני המשפחה	7.1	פוליסה פרק מבוא
ישולם ע"י הגמלאי ו/או עובד המחקר באמצעי גביה אישי	על חשבון הגמלאי ו/או עובד המחקר	מימון הפרמיה לגמלאי ו/או עובד המחקר	7.1	פוליסה פרק מבוא
	24 חודשים	תקופת כל בדיקה	7.6.1	פוליסה פרק מבוא
	40% 25%	תקרת ההתאמה מועד ראשון (1.6.2020) תקרת ההתאמה מועד שני (1.6.2022)	7.6.2	פוליסה פרק מבוא

נספח 3 - טבלת הפרמיות

הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	גיל
	מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
לפי גיל כמפורט מטה (7.5/16.5/22)	100	105	55	לעובד/גמלאי בכל גיל ועד גיל 66 כולל

הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	גיל
	מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
7.5	9	10	16.07	0-25 (פרמיה לילד*)
16.5	100	105	47.84	26-45
				ילד בוגר מגיל 25
22	100	105	47.84	46-66
25	180	183	85.34	67-70
30	180	183	87.34	71-75
30	180	183	102.34	+76

*החל מילד שלישי (עד גיל 25) חינם
 **נכון למדד הידוע בעת כניסת הפוליסה לתוקף
 ***גובה הפרמיה עבור עובד/ גמלאי מגיל 67 ומעלה לפי טבלת הפרמיות על פי גיל לעיל

במקרה של תביעה, בירורים או שאלות יש לפנות ל:
מדגס סוכנות לביטוח בע"מ - אגף הבריאות

טל: 03 - 6380206 | פקס: 03 - 6380011

שעות הפעילות: ימים א' - ה' בין השעות 08:00 - 17:00

כתובת: רח' שלושה 2 ת"א 67060

מייל: Technion@madan.es.com

אתר: www.technion.madan.es.com

פרש קונספט - מומחים לביטוחים קבוצתיים

www.fresh-concept.co.il

טלפון: 073-2291344

לברורים ושאלות ולהפעלת כתב שירות רפואה משלימה

ניתן לפנות למוקד **fnx4u** *3455 | 03-7332222

פרש קונספט
מומחים לביטוחים קבוצתיים
מקבצת ד"ר פרישמן



לקוחות הפניקס מרוויחים יותר, תבדקו שיש לכם הפניקס.

הפניקס חברה לביטוח בע"מ. **משרד ראשי:** דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | www.fnx.co.il | infom@fnx.co.il