

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי סגל מנהלי אוניברסיטת ת"א
ובני משפחתם



תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
הקדמה	2
גילוי נאות	3
תנאים כלליים המתייחסים לכלל פרקי הפוליסה	22
פרק א' – תרופות מיוחדות	49
פרק ב' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	56
פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	63
פרק ד'- התייעצויות עם רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות	67
פרק ה' – כתב שירות סמארט DR	68
פרק ו'(1) - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- מהשקל הראשון	78
פרק ו'(2) - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- משלים שב"ן	83
פרק ז' - שירותים אמבולטוריים	90
פרק ח'- שירותים אמבולטוריים נוספים (הרחבה ב')	97
פרק ט' פיצוי בעת גילוי מחלה קשה	98
מפרט הפוליסה	106
נספחים	108

יוני 2023

לעובדים שלום,

לאחר סיום הליך בדיקה מסודר הוחלט לחדש את ביטוח הבריאות של הקבוצתי לעובדים המנהליים, בני משפחותיהם וגמלאי הסגל המנהלי בחברת מנורה מבטחים. הביטוח מקיף מאוד והוא אחד מביטוחי הבריאות הקבוצתיים האיכותיים ביותר במשק הישראלי.

ביטוח הבריאות הוא נדבך חשוב במאמץ המשותף לדאגה לרווחת העובדים ובני משפחותיהם.

הביטוח החדש יכנס לתוקפו בתאריך 01/07/2023 תקופת הביטוח - 5 שנים. אנו מאמינים כי התוכנית מעניקה לך ולבני משפחתך כיסוי טוב ביותר ובתנאים מצוינים מפוליסה דומה הנרכשת באופן פרטי.

להזכירכם - הפוליסה חולקה לשלושה רבדים :

רובד בסיס: תרופות שלא בסל הבריאות, כיסוי להשתלות איברים, טיפול/ניתוח מיוחד בחו"ל, ניתוח פרטי בחו"ל כולל כיסוי לתחליפי ניתוח בטכנולוגיה מתקדמת, התייעצויות עם רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות

רובד הרחבה א': ניתוח פרטי בארץ כולל כיסוי לתחליפי ניתוח בטכנולוגיה מתקדמת, כיסוי אמבולטורי (רפואה משלימה, פיזיותרפיה, התפתחות הילד, בדיקות הריון, טיפולי פיריון, טיפול בגלי הלב, הזרקות (חומרי סיכון למפרקים, עמוד שדרה, וורידים, עין) ועוד

רובד הרחבה ב': כיסוי אביזרים רפואיים, טיפול פסיכולוגי, פיצוי עקב גילוי מחלה קשה (פרק זה בתוקף עד גיל 67).

בחדוש הביטוח הוכנסו שיפורים בכיסוי הביטוחי :

רובד בסיס – כיסוי לקנאביס רפואי עקב בעיה אונקולוגית, כתב שירות סמארט דוקטור (להרחבת אפשרות התייעצות עם רופא מומחה).

רובד הרחבה – פרק אמבולטורי – הוספת כיסויים: אביזר רפואי אחרי ניתוח, ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה, תא לחץ לחולה אונקולוגי ומחלת סוכרת, טיפול בדום נשימה והפרעות בשינה, הדפסת איברים - הדמיה/הדפסה תלת מימד של האיבר המנותח.

כל המבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם ממשיכים ברצף ביטוחי מלא.

עובדים ובני משפחתם שלא היו מבוטחים זכאים להצטרף ללא הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי בתוך 90 יום מתחילת הביטוח.

מבוטחים, עובדים ובני משפחתם, ברובד הבסיס בלבד זכאים להרחיב את הביטוח לרובד הרחבה ללא הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי בתוך 90 יום מתחילת הביטוח.

חשוב לנצל אפשרות זו ולבטח גם את בני המשפחה.
טבלת הפרמיות מפורטת בחוברת. התשלום החודשי ברובד בסיס יתבצע דרך השכר
רובד הרחבה א' ורובד הרחבה ב' ישולם בכרטיס אשראי .

החוברת המצורפת מפרטת את פוליסת הביטוח. בנוסף מצוי מידע אודות אופן הגשת
התביעות וקבלת השרות עפ"י תוכנית הביטוח.
אנו תקווה כי אף אחד מאיתנו לא יזדקק לשירותים אלו.

בברכת בריאות טובה,

אוניברסיטת תל אביב

יוני 2023

לעובדי וגמלאי סגל מנהלי אוניברסיטת תל אביב

חברת הייעוץ פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ מלווה את הוועד הנהלת האוניברסיטה ואת המבטחים בכל הקשור לפוליסת הבריאות. "פרש קונספט" היא חברת הייעוץ הגדולה והמקצועית ביותר בתחום ביטוחי הבריאות הקבוצתי בישראל.

חברת הייעוץ סייעה בגיבוש הפוליסה והסכם הביטוח תוך שימת דגש על: עלות הפרמיה, היקף הכיסויים, הגדרות כיסוי רחבות ומקיפות, ניסוח הפוליסה בצורה מיטבית, כיסוי לטכנולוגיות הרפואיות החדשניות ביותר ועוד.

חשוב שתהיו מודעים לאפשרויות הרבות של קבלת ייעוץ וסיוע. בזמן של אירוע רפואי בתוך המשפחה, חשוב לנו שתוכלו לקבל תשובות והכוונה מקצועית תוך שמירה על יחס אישי, מהיר ומקצועי למגוון נושאים פרטניים:

- הכוונה בניהול בתביעות/ אירועים רפואיים מורכבים.
- הכוונה במימוש זכויות המגיעות למבוטח במסגרת הפוליסה כולל בירור תביעות שנדחו.
- סיוע בביצוע השוואה בין תכניות ביטוח למבטחים אשר יש ברשותם יותר מתוכנית אחת, במטרה למנוע כפל ביטוחי.
- הקלה ו/או סיוע בניהול ממשקים בין תכנית הביטוח הקבוצתית לביטוחים המשלימים של קופות החולים ו/או ביטוחי בריאות פרטיים אחרים.
- סיוע והכוונה בבחירת ביה"ח ו/או הרופא המתאימים למתן השירות הרפואי למבוטח בארץ או בחו"ל.

כללי:

- יעוץ רפואי למימוש זכויות מול הביטוח הלאומי.
- ייעוץ רפואי למימוש זכויות מול רשויות המס ו/או קצין תגמולים.
- יעוץ לטיפול בתביעות שנדחו מול חברות הביטוח בתחומי הבריאות, הסיעוד, אובדן כושר עבודה ועוד.
- יעוץ למימוש זכויות מול קופות החולים לרבות הביטוח המשלים.

איך פונים?

יעוץ הביטוח הבכיר המלווה את הארגון מטעם פרש קונספט הוא - אהוד ליפשיץ

073-2291301

EHUD.BIT@GMAIL.COM

בברכת בריאות טובה.

תמצית תנאי הביטוח

פרקי הפוליסה:

רובד הבסיס:

- (א) תרופות מיוחדות.
- (ב) השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.
- (ג) ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.
- (ד) התייעצויות עם רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות.
- (ה) כתב שירות סמארט DR.

רובד הרחבה א':

- (1 ו) חלופה 1- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון.
- (2 ו) חלופה 2- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן.
- (ז) שירותים אמבולטוריים.

רובד הרחבה ב':

- (ח) שירותים אמבולטורים נוספים.
- פיצוי בעת גילוי מחלה קשה.

<p>מוקד שירות לקוחות החברה: *2000 פקס: 153-747049338</p>	<p>כתובת הדוא"ל של החברה: moked-health@menora.co.il</p>	<p>כתובת למשלוח דואר: לידי תחום בריאות ת.ד. 927 תל אביב 6100802</p>	<p>כתובת אתר החברה: www.menoramivt.co.il</p>
---	---	--	---

תמצית תנאי הפוליסה

<p>פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי הסגל המנהלי באוניברסיטת תל אביב ובני משפחותיהם</p>	<p>שם הביטוח</p>
<p>תרופות מיוחדות, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, התייעצויות עם רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות, כתב שירות סמארט DR, ניתוחים מחליפי ניתוח בארץ (שקל ראשון/משלים שב"ן), שירותים אמבולטוריים ופיצוי בעת גילוי מחלה קשה.</p>	<p>סוג הביטוח</p>
<p>01/07/2023-30/06/2028 (5 שנים).</p>	<p>תקופת הביטוח</p>
<p><u>רובד הבסיס:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (א) תרופות מיוחדות. (ב) השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל. (ג) ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. (ד) התייעצויות עם רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות. (ה) כתב שירות סמארט DR. 	<p>תיאור תכנית הביטוח</p>

<p><u>רובד הרחבה א':</u> (ו 1) חלופה 1- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון. (ו 2) חלופה 2- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן. (ז) שירותים אמבולטוריים. <u>רובד הרחבה ב':</u> (ח) שירותים אמבולטוריים נוספים. (ט) פיצוי בעת גילוי מחלה קשה.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, <u>כמפורט בסעיף 11 בפרק המבוא.</u> • לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח: <u>פרק א' – סעיף 5</u> <u>פרק ג' – סעיף 1.5</u> <u>פרק ו' 1 – סעיף 5</u> <u>פרק ו' 2 – סעיף 9</u> <u>פרק ט' – סעיף 3</u> 	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים: (החריגים בפוליסה)</p>
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים</p>	<p>קיומם של כיסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח</p>

להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח לתכנית הביטוח:		עלות הביטוח	
רובד הבסיס הכולל: תרופות מיוחדות, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל, התייעצויות עם רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות (לרבות כתב שירות סמארט DR)			
מבטח עד גיל 67	60		
מבטח מעל גיל 67	110		
ילד (עד גיל 26 כולל)	22		
רובד הרחבה א' הכולל: ניתוחים בארץ (מהשקל הראשון/משלים שב"ן) ושירותים אמבולטוריים			
סוג מבטח	שקל ראשון		משלים שב"ן
מבטח עד גיל 67	155		126
מבטח מעל גיל 67	297		230
ילד (עד גיל 26 כולל)	35		32
רובד הרחבה ב' הכולל: שירותים אמבולטוריים נוספים ופיצוי בעת גילוי מחלה קשה (עד גיל 67)			
מבטח עד גיל 67	70		
מבטח מעל לגיל 67 (ללא כיסוי עבור מחלות קשות)	3		
ילד (עד גיל 26 כולל)	5		
<p>✓ כל הפרמיות וסכומי הביטוח צמודים למדד מיום 15/06/2018 שערכו 12352 נק'.</p> <p>✓ ילד - עד גיל 27 (גיל 26 כולל) ילד שלישי ואילך לכל בית אב - ללא עלות.</p> <p>✓ עובד/ת של בעל הפוליסה מתחת לגיל 27 - דמי הביטוח יהיו בהתאם לתעריפים של מבטח עד גיל 67.</p> <p>✓ העובדים זוכים לתמיכה חודשית בדמי הביטוח מהנהלת האוניברסיטה - מימון של 23 ₪ לעובד/ת ברובד הבסיס ו- 37 ₪ לעובד/ת ברובד הרחבה א'.</p>			

תכנית הביטוח				
רובד הבסיס				
פרק א' – תרופות מיוחדות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	תקרת הכיסוי	תקופת אכשרה – אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול	השתתפות עצמית
<p>התייעצות עם רופא אונקו – גנטי מומחה כמפורט בסעיף 3.1</p>	<p>התייעצות או אבחונים אצל רופא אונקו גנטיקאי מומחה לרבות גנטיקאי או פרמקולוג</p>	<p>1,200 ₪ עד להתייעצות ועד 2 התייעצויות בשנת ביטוח</p>	ללא	20%
	<p>בדיקות מעבדה כגון בדיקת אונקוטסט ו/או פאונדיישן וכדומה</p>	<p>15,000 ₪ למקרה ביטוח</p>	ללא	15%
	<p>עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן</p>	<p>50,000 ₪ עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך – חזור</p>	ללא	אין
	<p>הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול</p>	<p>100,000 ₪</p>	ללא	
<p>הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל</p>	<p>1,000 ₪ ליום</p>	ללא		
<p>טיפול תרופתי ניסיוני בחו"ל כמפורט בסעיף 3.3</p>	<p>הוצאות שהייה</p>	<p>1,000 ₪ ליום</p>	ללא	

		למלווה יחיד, אם מדובר בקטין עד 1,500 ₪ ל- 2 מלווים ועד 50,000 ₪	בחו"ל	
		20,000 ₪ למקרה ביטוח	איתור מוסד רפואי	
		5,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	טיפול בקנאביס רפואי במקרה של מחלה אונקולוגית	קנאביס רפואי עקב בעיה אונקולוגית כמפורט בסעיף 3.4
150 ₪		3,000,000 ₪ לתקופה של 3 שנים, מתחדש ליתרת תקופת הביטוח	תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות - תרופה, אשר כלולה בסל שירותי הבריאות, אך אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית, כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח - תרופה OFF LABEL - תרופת יתום	תרופות מיוחדות כמפורט בסעיף 4.1
		500,000 ₪ לתקופה של 3 שנים, מתחדש ליתרת תקופת הביטוח	תרופה בהתאמה אישית	תרופה בהתאמה אישית כמפורט בסעיף 2.3
אין		200 ₪ לכל טיפול/יום ועד 60 ימים.	שירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה	שיפוי בגין עלות השירות כמפורט בסעיף 4.8
פרק ב' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל				
אין	ללא	שיפוי מלא	השתלה ע"י גותן שירות שבהסדר	השתלה כמפורט בסעיף 3.1

		₪ 5,000,000	השתלה אצל נותן שירות שאינו בהסדר	
		₪ 1,000,000	הוצאות טיפול מיוחד בחו"ל	טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט סעיף 3.2 שגיאה! מקור ההפניה לא נמצא.
		שיפוי מלא	תשלום לרופאים, בתי חולים ובדיקות הערכה	שיפוי להוצאות השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בסעיף 3.3
		שיפוי מלא	הוצאות בגין בדיקות וטיפול רפואי שניתנו למבוטח לרבות הוצאות חדר ניתוח	
		שיפוי מלא	שכר צוות רפואי לרבות פיזיותרפיה	
		שיפוי מלא	בדיקות רפואיות, הדמיה ובדיקות אחרות	
		שיפוי מלא	שירותי מעבדה, בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה	
		שיפוי מלא	תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז	
		180 ימים לפני ביצוע ועד 300 ימים לאחר ביצועם	הוצאות אשפוז בחו"ל	
		עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים למבוטח ומלווה. קטין – שני מלווים	הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד	

		שיפוי מלא	העברה יבשתית משדה התעופה לבית החולים בחו"ל	<p>הוצאות נלוות להשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל</p> <p>כמפורט בסעיף 3.4</p>
		200,000 ₪	הוצאות איתור איבר מושגל	
		200,000 ₪	הוצאות לקציר האיבר המושגל, שימורו והעברתו	
		1,000,000 ₪	הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי	
		25,000 ₪ ועד 3 נסיעות למקרה ביטוח	הוצאות נסיעה לחו"ל	
		100,000 ₪	הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל	
		1,000 ₪ ליום למלווה יחיד. או 1,500 ₪ במקרה של זוג מלווים ליום ועד 200,000 ₪	הוצאות שהייה בחו"ל	
		עד תקרת עלות ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד בחו"ל	הבאת מומחה רפואי לישראל	
		200,000 ₪	טיפול המשך לרבות טיפול תרופתי/שיקומי	
		שיפוי מלא	העברת גופה לישראל	
		150,000 ₪	הוצאה רפואית אחרת חיונית	
		30,000 ₪	מעקב, ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל	

		350,000 ₪	תשלום פיצוי לפני ביצוע ההשתלה וללא מעורבות המבטחת	תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה כמפורט בסעיף 3.6
		עבור השתלה בחו"ל 350,000 ₪. עבור השתלה שבוצעה בארץ 100,000 ₪	תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה ללא מעורבות המבטחת	תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה כמפורט בסעיף 3.7
		מרותק למיטתו או שוהה באשפוז בבית חולים – 5,000 ₪ ועד 12 חודשים	גמלת החלמה למועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי וקרנית)	גמלת החלמה למועמד להשתלה כמפורט בסעיף 3.8
		5,000 ₪ לחודש למשך 24 חודשים (למעט קרנית)	גמלה לאחר ביצוע השתלה	גמלת החלמה לאחר השתלה כמפורט בסעיף 3.9
		5,000 ₪ למשך 6 חודשים	גמלת החלמה לאחר טיפול מיוחד עם השתתפות של קופ"ח	
		50,000 ₪	עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן	טיפול ניסיוני בחו"ל כמפורט בסעיף 3.10
		עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך חזור במחלקת תיירים	הוצאות נסיעה לחו"ל	
		100,000 ₪	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל	
		עד 1,000 ₪ ליום למבטח ולמלווה אחד קטין 2 מלווים	הוצאות שהייה בחו"ל	

		ועד 1,500 ₪ ועד 60 יום		
פרק ג' – ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
אין	ללא	שיפוי מלא	ניתוח אשר תואם ואושר מראש מול המבטחת	שירותים רפואיים הקשורים בניתוח כמפורט בסעיף 1.2
		עד 400,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ (הגבוה מביניהם)	ניתוח אשר בוצע ללא אישור מוקדם של המבטח ו/או אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם המבטח	
		100,000 ₪	הטסה רפואית	הוצאות נלוות בגין ביצוע ניתוח בחו"ל כמפורט בסעיף 1.4
		הוצאות טיסה (במחלקת תיירים) שיפוי מלא	הוצאות טיסה ושהייה בחו"ל	
		הוצאות שהייה – עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ושני מלווים ועד 21 ימים		
		שיפוי מלא	הטסת גופה	
		100,000 ₪	הבאת רופא מומחה מחו"ל	
		1,500 ₪ ליום למבוטח ולמלווה 2,000 יחיד או ₪ למבוטח ושני מלווים ולא יותר מ- 5 ימים	שהייה לאחר ניתוח	
20%		10,000 ₪ ועד 2 התייעצויות ו/או ביקורות בחו"ל	התייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר הניתוח	

אין		1,500 ₪ ליום ועד 2,000 ₪ למבוטח קטין ושני מלווים ועד 5 ימים	כרטיס טיסה לחו"ל והוצאות שהייה	כמפורט בסעיף 1.4.6
		100,000 ₪	מוות בניתוח אלקטיבי	פיצוי במקרה של מוות בניתוח אלקטיבי כמפורט בסעיף 1.4.7
		800 ₪ ליום ועד 5 ימים	הוצאות החלמה במוסד הבראה	הוצאות החלמה בעקבות ניתוח כמפורט בסעיף 1.4.8
		600 ₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז	הוצאות העסקת אחות פרטית בבית החולים	שכר אחות פרטית לאחר ניתוח כמפורט בסעיף 1.4.9
		שיפוי מלא	שירותי אמבולנס עבור העברת המבוטח לבית החולים או ממנו בין התי החולים בחו"ל	שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים כמפורט בסעיף 1.4.10
		2,000 ₪	פיצוי לאחר ניתוח ואושפז לתקופה העולה על 10 ימים לאחר ביצוע הניתוח	פיצוי בגין אשפוז ארוך כמפורט בסעיף 1.4.11
20%		150 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים	טיפול שיקומי, פיזיותרפיה, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק, הידרותרפיה	טיפולים אחרי ניתוח כמפורט בסעיף 1.4.13

פרק ד' - התייעצויות עם רופא מומחה, בדיקות אבחנתיות				
20%	ללא	900 ₪ להתייעצות	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח	התייעצויות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח כמפורט בסעיף 1
20%		5,000 ₪ לשנת ביטוח	בדיקות רפואיות אבחנתיות	בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 2
פרק ה' - כתב שירות סמארט דוקטור - Smart DR				
100 ₪	אין	ללא הגבלה	ייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה	כתב שירות Smart DR כמפורט בסעיף 1
רובד הרחבה א'				
פרק ו' 1 - ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מהשקל הראשון				
אין	90 יום. הריון או לידה 12 חודשים	3 שיפוי מלא עד התייעצויות אגב ניתוח בשנת ביטוח	התייעצות עם מומחה	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מהשקל ראשון כמפורט בסעיף 3.1
		1,200 ₪ להתייעצות	התייעצות עם מומחה שלא בהסדר עם המבטחת	
		שיפוי מלא	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות בהסדר עם המבטחת	
פרק ו' 2 - ניתוחים מעבר לשב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ (חלופי לפרק ו' 1)				
אין	90 יום. הריון או לידה 12 חודשים	3 שיפוי מלא עד התייעצויות אגב ניתוח בשנת ביטוח	התייעצות עם מומחה שבהסדר	מקרה ביטוח שאינו מכוסה ע"י השב"ן כמפורט בסעיף 5.1
		1,200 ₪ להתייעצות	התייעצות עם מומחה שלא בהסדר	
		שיפוי מלא	שכר מנתח	

			והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות בהסדר עם המבטחת	
פרק ז' – שירותים אמבולטוריים				
20%	90 יום, למעט: התפתחות הילד, הריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 120 יום	6,000 ₪ למקרה ביטוח. במידה ונדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולמו הוצאות טיסה ושהייה עד לסך 6,000 ₪ למקרה ביטוח	חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל	חוות דעת שנייה בחו"ל כמפורט בסעיף 3.1
20%		2,000 ₪ לחוות דעת בארץ. 6,000 ₪ לחוות דעת בחו"ל	חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל	חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית כמפורט בסעיף 3.2
אין		150 ₪ ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח	טיפול פיזיותרפיה/ ריפוי בעיסוק/ טיפול שיקומי	טיפול פיזיותרפיה/ ריפוי בעיסוק/ טיפול שיקומי כמפורט בסעיף 3.3
אין		100,000 ₪ למקרה ביטוח ועד 200,000 ₪ לטיפול בהימופילטרציה או פרפוזיה ישירה	טיפולים אונקולוגיים	טיפולים אונקולוגיים כמפורט בסעיף 3.4
15%		18,000 ₪ לבדיקה	בדיקות מעבדה לבדיקת נשאות גנטית	בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות כמפורט בסעיף 3.5
אין		400 ₪ ליום החל מהיום השלישי לאשפוז ועד 10 ימים	פיצוי לאחר אשפוז מניתוח ושלא מניתוח	פיצוי לאחר אשפוז מניתוח ושלא מניתוח כמפורט בסעיף 3.6

אין		4,000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים)	הזרקת חומרי סיכון למפרקים, אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקת PRP	הזרקת חומרי סיכון למפרקים, אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקת PRP כמפורט בסעיף 3.7
אין		3,500 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים)	טיפול בגלי הלם, לייזר גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות וטיפול בכאבי מפרקים ורקמות הרכות	טיפול בגלי הלם, לייזר גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות וטיפול בכאבי מפרקים ורקמות הרכות כמפורט בסעיף 3.8
אין		5,000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים)	הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא	הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא כמפורט בסעיף 3.9
אין		5,000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים)	הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי	הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי כמפורט בסעיף 3.10
אין		6,000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים)	הזרקות לטיפול בהזעת יתר	הזרקות לטיפול בהזעת יתר כמפורט בסעיף 3.11
אין		עד סכום מרבי של 2,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ-	הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית	הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית כמפורט בסעיף

		לסדרת הזרקות 10,000 ₪		3.12
20%		150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח	עבור הטיפולים הבאים: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, הרבולוגיה, שיטת פאולה, תזונה, היפנוזה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו-פידבק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, פרחי באך, טווינה ורפואה סינית	רפואה משלימה כמפורט בסעיף 3.13
20%		1,500 ₪ פעם אחת בכל 30 חודשי ביטוח	אבחון בעיות התפתחות לילדים בגילים 3-16	אבחון בעיות התפתחות של ילדים כמפורט בסעיף 3.14
20%		150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח	טיפולים בהתפתחות הילד לילדים בגילים 3-16	טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים כמפורט בסעיף 3.15
20%		4,500 ₪ להריון ועד 6,000 ₪ להריון מרובה עוברים	בדיקות ושירותים להריון המפורסות בסעיפים 1.3	בדיקות ושירותים להריון כמפורט בסעיף 3.16
		4,000 ₪	בדיקות סיקור גנטי כמפורט בסעיף 1.4	
אין		150 ₪ לתקופה העולה על 14 יום ועד 5,000 ₪	פיצוי בגין אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה	אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון כמפורט בסעיף

		להריון		3.17
20%		800 ₪ לביקור ועד 2 ביקורים בהריון	מעקב אצל רופא מומחה	מעקב הריון אצל רופא מומחה <u>כמפורט בסעיף 3.18</u>
20%		15,000 ₪ לסדרת טיפולים לילד ועד 2 ילדים. בחו"ל – עד 25,000 ₪ לטיפול אחד ועד טיפול אחד לילד	טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית	טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל <u>כמפורט בסעיף 3.19</u>
25%		25,000 ₪ לילד	בדיקות רפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות	מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל <u>כמפורט בסעיף 3.20</u>
אין		2,500 ₪ למקרה ביטוח	אביזרים הנדרשים לאחר ניתוח	אביזר רפואי אחרי ניתוח <u>כמפורט בסעיף 3.21</u>
10%		2,000 ₪ לחודש ולא יותר מ-10,000 ₪ לתקופת ביטוח	ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה	ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה <u>כמפורט בסעיף 3.22</u>
15%		4,000 ₪ לשנת ביטוח	אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה <u>כמפורט בסעיף 3.23</u>
אין		6,000 ₪ לתקופת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל	טיפול בתא לחץ	טיפול בתא לחץ למחלה אונקולוגית ולמחלת הסכרת <u>כמפורט בסעיף 3.24</u>
10%		2,000 ₪	הדמית תלת מימד	הדפסת איברים

		10,000 ₪	הדפסת תלת מימד של איבר לצורך המחשה	כמפורט בסעיף 3.25
		35,000 ₪	הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה	
		15,000 ₪	הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח	
רובד הרחבה ב'				
פרק ח' – שירותים אמבולטוריים נוספים				
אין	ללא	2,000 ₪ לכל 30 חודשי ביטוח	שיפוי עבור רשימת האביזרים כמפורט בסעיף	אביזר רפואי כמפורט בסעיף 1
25%		250 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנה	הוצאות לטיפולים ע"י אחד או מהגורמים המפורטים בסעיף שניתנו למבוטח בתקופת ביטוח	טיפולים פסיכולוגיים כמפורט בסעיף 2
פרק ט' – פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (למבוטחים עד גיל 67)				
20%	ללא	50,000 ₪ עבור מקרה ביטוח ראשון. עבור מקרה ביטוח שני ואילך – 50% מסכום הביטוח הקבוע למקרה הראשון	פיצוי בעת גילוי אחת המחלות ו/או קיום אירועים רפואיים קשה/ים כמפורט באחת הקבוצות	פיצוי בעת גילוי מחלה קשה כמפורט בסעיף 1

הערות:

לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן, מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.

*חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל, וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת, לא תהיה זכאי להחזר כפול, מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

אופן משלוח מסמכי דיווח - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - מסמכי הדיווח) ישלחו למבוטחים בדואר אלקטרוני, בליווי מסרון/טלפון הנייד. (ככל שלא ביקשו קבלת מסמכי הדיווח בדואר ישראל). באפשרותכם לשנות/ לעדכן בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il. יובהר, כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.

לתשומת ליבך, המידע שנמסר אודותיך נמסר מרצונך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>

אופן הגשת התביעה יהיה כמפורט בפרק אופן הגשת תביעות.

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי הסגל המינהלי באוניברסיטת תל אביב ובני משפחותיהם

פרק מבוא הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.

- 1.1 **החברה** או **"המבטח"** - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
- 1.2 **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 **"תאריך תחילת הביטוח"** – 01/07/2023.
- 1.4 **"תאריך הצטרפות"** – התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.5 **"הסכם הביטוח"** - חוזה הביטוח מיום 01/07/2023 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) ומוסד לבריאות נפש.
- 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. "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.12. "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.13. "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.14. "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.15. "מנתח הסכם" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל וקשור בהסכם עם המבטח.
- 1.16. "מנתח אחר" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.17. "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.18. "רופא מרדים בהסכם" - רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.19. "רופא מרדים אחר" - רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.20. "אשפוז" - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח למעט אשפוז במחלקת שיקום.
- 1.21. "נותן שירות בהסכם" - מנתח, בית חולים וכל רופא ו/או גוף אחר עמו קשורה ו/או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.22. "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.

1.23. **"שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, 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 המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח 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.

1.24. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין 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 המבוטח 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, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח**

בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".
הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

- 1.25. **"תחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבטוח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבטוח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבטוח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבטוח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל. הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.
- 1.26. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.27. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.28. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבטוח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.29. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול;
- 1.30. **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבטוח 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.
- 1.31. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
- 1.32. **"יועץ מלווה"** - היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבטוחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ.
- 1.33. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבטוח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבטוח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבטוח.

1.34. **"ה/מבטחים"** – עובדים אצל בעל הפוליסה הנכללים בסגל המינהלי (עובדים הנכללים בסגל המינהלי הינם עובדים בהסכם קיבוצי, עובדי פרויקטים, עובדים בחוזים אישיים ועובדי שעות מוגנים. מובהר שלא יכללו בסגל המינהלי עובדי מחקר ועובדי שעות שאינם עובדי שעות מוגנים), וגימלאים. בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין), לרבות ידוע/ה בציבור (כולל בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים בכפוף להצהרה בכתב) וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים ולרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים. שארים של גימלאי שנפטר שהיו מבטחים בתקופת הביטוח הקודמת.

מבוטח קיים: מבטחים שהיו מבטחים במסגרת הסכם ביטוח קבוצתי אצל בעל הפוליסה שהסתיים ב- 30/06/2023.

מבוטח חדש: מבוטח שמצטרף בהתאם לכללי הפוליסה ולא היה מבוטח בהסכם הקודם שהסתיים ב- 30/06/2023.

1.35. **"שב"ן"** - תכנית 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.

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

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

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

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

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

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

- 1.42. **"בעל הפוליסה"** - מי שהמתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת ובלתי ניתנת לסתירה.
- 1.43. **"גיל הפרישה המוקדמת"** - זכאות לקבלת גמלה מגיל 60, לגבר או אישה, כמשמעותו בסעיף 5- לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004.
- 1.44. **"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 שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.
- 1.45. **"דמי הביטוח או הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה על פי תנאי הפוליסה.
- 1.46. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.47. **"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.
- "המדד היסודי"** - המדד הידוע ביום תחילת הסכם הביטוח.
- 1.48. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.49. **"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.

1.50. **"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.

1.51. **צירוף אוטומטי** - צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י הפירוט בסעיף 7.4 להלן ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.

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

1.53. **תאונה** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה 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"**.

1.54. **"ספורט אתגרי"** - ענפי ספורט הנחשבים למסוכנים במיוחד והדורשים מהעוסקים בהם רמות גבוהות של קושי, מאמץ גופני ורגשי. ספורט אתגרי יכול בדרך כלל אחד או יותר מהמרכיבים הבאים: מהירות, גובה וסכנה. רשימת ענפי הספורט האתגרי תעודכן מעת לעת על פי הרשימה המופיעה באתר החברה המבטח.

1.55. **ילד** - מבוטח עד גיל 27.

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:

- (א) עובד חדש - היום בו מילא טופס הצטרפות כנדרש.
- (ב) עובד/גימלאי ובני משפחתם שהינם מבוטחים קיימים - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף בכפוף למילוי טופס הצטרפות.
- (ג) עובד/גימלאי ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה - הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

(ד) בני משפחה חדשים - בראשון לחודש העוקב לאחר מילוי טופס הצטרפות (לרבות הצהרת בריאות).

2.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- (א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- (ב) על אף האמור בסעיף (א), עובד שפרש לגמלאות, יהא רשאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה זו ברצף ביטוחי מלא כ"גימלא", הוא ובני משפחתו ושאריו, בתנאי שהודיע למבטח על רצונו להישאר בביטוח זה בתוך 90 יום מיום פרישתו והעביר אמצעי גביה אישית.
- (ג) בתום תקופת הסכם הביטוח.
- (ד) היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא.
- (ה) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד – 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל הקובע (כהגדרתו בנספח 3), ישלח המבטח הודעה לעובד לגבי הגעת הילד לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של "בוגר". במידה והעובד בחר שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר, יוכל הילד הבוגר לבחור להמשיך בביטוח פרט בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט. מובהר כי עותק של המכתב ישלח לסוכן הביטוח ולא לבעל הפוליסה.

3. אופן הצטרפות

3.1 מבוטחים שהיו מבוטחים בהסכם הקודם כהגדרתו לעיל, ימשיכו להיות מבוטחים ברובד הבסיס וברובדי ההרחבה ברצף ביטוחי ומבלי שידרשו למלא הצהרת בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. תשלום דמי ביטוח ישולם מתאריך תחילת ההסכם לשמירת הרצף הביטוחי. אישור הצטרפות לרובד הרחבה א' בתנאי שמאשרים הצטרפות לרובד הבסיס. הצטרפות לרובד הרחבה ב בתנאי שמצטרף לרובד הרחבה א'. מועד תחילת הביטוח, 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 הצטרפותם להסכם הביטוח החדש למעט גימלאים שמילאו הצהרת בריאות והחיתום הרפואי יישאר בתוקפו להסכם הנוכחי.

3.2 עובד חדש אצל בעל הפוליסה או עובד קיים שלא היה מבוטח בביטוח הקודם או עובד שחזר מחל"ת ובתנאי שבמועד תחילת ההסכם היה בחל"ת, יצורף לביטוח ויוכל לצרף את בני משפחתו לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 90 יום

ממועד תחילת ביטוח זה או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת. הצטרפות לרובד הרחבה א' בתנאי שמצטרפים לרובד הבסיס. הצטרפות לרובד הרחבה ב בתנאי שמצטרף לרובד הרחבה א'. הצטרפות בני משפחה תהיה לרובד הביטוח אליו הצטרף העובד/ת.

3.3 עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/יה 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 למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו ולא פחות מ 15 יום ממועד שחרורו מבית החולים או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). במקרה של לידת תינוק ושני ההורים (או הורה אחד במקרה של חד הורי) היו מבוטחים בפוליסה למשך 12 חודשים לפחות בטרם לידת התינוק, יכוסה תינוק שנולד עם מום כלשהו (אפילו אובחן או תועד טרם לידתו) באופן מלא ע"פ הפוליסה ולא יחול עליו חריג מצב רפואי קודם ולא חריג מום מולד.

3.5 בני משפחה של עובד או גמלאי שנפטר לאחר תחילת מועד תכנית ביטוח זו, קרי, לאחר 01/07/2023, יוכלו להמשיך ולהיות מבוטחים בפוליסה קבוצתית זו עד לסיום תקופת ההסכם. בני משפחה של עובד או גמלאי שנפטר לפני יום 01/07/2023, לא יהיו זכאים להישאר מבוטחים בפוליסה קבוצתית זו.

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

3.7 יובהר כי גריעת מבוטח מקובץ המבוטחים אשר נגרמה עקב השמטה מקרית, בלתי מכוונת ו/או בטעות ו/או בתום לב, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה אישור בכתב, המאשר את העובדה שגרירתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב.

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

- 3.9. 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. 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 אצל המבטח בפוליסה זו, 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. ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. יובהר שלא יכוסה במסגרת הסכם זה מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו להסכם זה.
- 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"). מבטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ה' לפוליסה, את הכיסוי עפ"י פרק ה' וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 6 להלן.
- 3.12. מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום 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 למבוטח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח, ישלם המבטח למבוטח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי הקבוע בתכנית הביטוח.
- 3.13. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 3.14. צירוף מבטח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:
(א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;
(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;
לא 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 עובד - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

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

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

4. תקופת הסכם הביטוח:

- 4.1 תקופת הסכם הביטוח והפוליסה תהיה מיום: 01/07/2023 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום: 30/06/2028 (להלן: "תקופת ההסכם"). תקופת ההסכם תוארך לתקופת ביטוח נוספת בהסכמת הצדדים.
- 4.2 בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.
- 4.3 במידה ולא יחודשו 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. יובהר כי, הארכת ההסכם ע"י בעל הפוליסה תתבצע רק אם התנאים יחייבו זאת, לצורך השלמת מכרז או ניהול מו"מ.
- 4.4 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.
- 4.5 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5 המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

- 5.1 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 או גירושין, יוכל מבטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים) ובהנחה מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטחת ולתקופת הנחה כפי שמפורט בנספח 3 לפוליסה.
- 5.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אפשרה, 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.

5.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, עד 60 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

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

5.5 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.

5.6 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.

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

6 דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח:

6.1 דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם** הינם כמפורט להלן:

רובד הבסיס הכולל: תרופות מיוחדות, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל, התייעצויות עם רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות (לרבות כתב שירות סמארט DR)	
60	מבוטח עד גיל 67
110	מבוטח מעל גיל 67
22	ילד (עד גיל 26 כולל)

רובד הרחבה א' הכולל: ניתוחים בארץ (מהשקל הראשון/משלים שב"ן) ושירותים אמבולטוריים		
משלים שב"ן	שקל ראשון	סוג מבטח
126	155	מבטח עד גיל 67
230	297	מבטח מעל גיל 67
32	35	ילד (עד גיל 26 כולל)

רובד הרחבה ב' הכולל: שירותים אמבולטוריים נוספים ופיצוי בעת גילוי מחלה קשה (עד גיל 67)	
70	מבטח עד גיל 67
3	מבטח מעל לגיל 67 (ללא כיסוי עבור מחלות קשות)
5	ילד (עד גיל 26 כולל)

- כל הפרמיות וסכומי הביטוח צמודים למדד מיום 15/06/2018 שערכו 12352 נק'.** ✓
- ילד - עד גיל 27 (גיל 26 כולל) ילד שלישי ואילך לכל בית אב - ללא עלות. ✓
- עובד/ת של בעל הפוליסה מתחת לגיל 27 - דמי הביטוח יהיו בהתאם לתעריפים של מבטח עד גיל 67. ✓
- העובדים זוכים לתמיכה חודשית בדמי הביטוח מהנהלת האוניברסיטה – מימון של 23 ₪ לעובד/ת ברובד הבסיס ו- 37 ₪ לעובד/ת ברובד הרחבה א'. ✓

****אופן התשלום: רובד בסיס -עובד ובני משפחתו באמצעות השכר. גמלאי ובני משפחתו - אמצעי גבייה אישי. רבדי הרחבה – אמצעי גבייה אישי לכלל המבטחים.**

- 6.2 גיל המבטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבטח (שנים גרגוריאניות) (להלן: "הגיל הקובע").
- 6.3 בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים ובני משפחותיהם ברובד הבסיס ולמעט לגבי המבטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעות אמצעי גבייה אישי. עובד/ת שיוצאים לחל"ת ימשיכו את

הביטוח בתנאי שיסדירו את תשלום דמי הביטוח בהוראת קבע/כרטיס אשראי.
עובד/ת שיוצאים לחל"ד ימשיכו להיות מבטחים בכפוף לתשלום דמי הביטוח.

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

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

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

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

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

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

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

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

התאמת דמי הביטוח 6.7

6.7.1 בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ("תקופת הבדיקה"). במידה ותידרש העלאת/הפחתת פרמיה, היא תחול החל מהחודש ה-31.

6.7.2 במידה וימצא הפוסד, רשאי המבטח לעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רוח, יתווספו כיסויים נוספים לפוליסה כפי שיוחלט בין הצדדים או תופחת פרמיה בהסכמת הצדדים.

7 תגמולי ביטוח

7.1 בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לשלם ולשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות או אישור תשלום בגין הוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל, מובהר כי לא יידרש פירוט הוצאות בחשבונית או באישור התשלום, ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם או כמפורט בהסכם ו/או לפצות את המבוטח על פי סכומי הפיצוי הנקובים בפוליסה ו/או לשלם בגין הטיפול ישירות לספק ההסכם שביצע את הטיפול הרפואי במבוטח ובהתאם לנספחים המצורפים להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו ובהתאם לתקרות המפורטות בפוליסה.

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

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

7.4 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.

- 7.5 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. היה ואין ביכולתו של המבטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. במקרה של תשלום למבטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות.
- 7.6 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 7.7 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.
- 7.8 נפטר המבטח 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 המבטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה. מובהר כי התשלום יבוצע בתנאי כי המבטח שנפטר אכן ביצע את הפרוצדורה.
- 7.9 המבטח יודיע למבטח בתוך 4 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 12 ימי עבודה (15 יום לכיסוי אמבולטורי) 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 30 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבונו. המבטח ישפה את המבטח כנגד המצאת קבלות מקוריות (או נאמן למקור) או העתק קבלות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 ימי עבודה, בכפוף לאמור לעיל.

8 תחלופ (סברוגציה):

- 8.1 מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבטח 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.

8.2 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.

8.3 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.

9 ביטוח כפל:

9.1 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.

9.2 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.

10 תביעות:

10.1 על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישורו, 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.

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

- 10.3 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.
- 10.4 העתק קבלות מקוריות- במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר 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 להמציאם.
- 10.5 אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.
- 10.6 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.
- 10.7 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 10.7.1 ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 10.7.2 יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 10.7.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונית מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 10.7.4 תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

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

11 חריגים כלליים:

11.1 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:

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

11.1.2 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.

11.1.3 פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

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

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

11.1.6 טיפולים נפשיים ו/או פסיכולוגיים במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם, ולמעט הכיסוי ברובד א' וברובד ב'.

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

11.1.8 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 זיהומיות מתועדות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר

כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר ללא צורך בהוכחת בעיה הורמונלית, 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 אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חייך 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 גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

11.1.9 טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינקי.

11.1.10 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, והמבוטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

- 11.1.11 אלכוהוליזם מעל גיל 18.
- 11.1.12 מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין ממעשה פלילי בו השתתף המבוטח.
- 11.1.13 טיסה בכלי טייס מכל סוג שהוא, בין אם ממונע ובין אם לאו (למעט טיסה כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות), רכיפה, דאייה, גלישה אווירית, צניחה, סקי או צלילה.
- 11.1.14 בדיקות שגרה ומעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה למעט כיסויים בפרק האמבולטורי.
- 11.1.15 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים למעט באם הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה.
- 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 ייווספו הפרשי הצמדה.

12 מתן מסמכים והודעות למבוטח – סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

12.1

- (א) המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;
- (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 המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

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

12.2 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.

12.3 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.

12.4 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 המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

12.4.1 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.

12.4.2 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, ויציין 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.

12.4.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבוטח 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.

12.4.4 חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבוטח 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.

ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי 13

14 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

15 חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבוטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

16 על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

חובת הגילוי 17

17.1 פוליסת הביטוח מבוססת על תשובות המבוטח שניתנו לשאלות שהוצגו בטופסי הצעת הביטוח, ובשאלון הרפואי, במידה ונדרשו למילוי על פי תנאי הפוליסה, או בכל דרך אחרת בכתב או בטלפון, והמצורפות לפוליסה. וכן על העובדה כי לא הוסתר מהמבטחת עניין מהותי שהיה בו כדי להשפיע על תנאי קבלת המבוטח לביטוח.

17.2 הציגה המבטחת למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

17.2.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית המבטחת בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטחת, יושבו למשלם, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

17.2.2 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בהתקיים כל אחת מאלה:

17.2.2.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

17.2.2.2 מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת – יושבו למשלם.

- 17.3 המבטחת אינה זכאית לתרופות שבסעיפים 14.2.14.2.2, אלא אם תשובת המבוטח כאמור שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה, בהתקיים כל אחד מאלה:
- 17.3.1 המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.
- 17.3.2 העובדה שעל בסיסה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.
- 17.4 כמו כן, המבטחת אינה זכאית לתרופות האמורות בסעיף 3.14 (ב) לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או האדם שחיו בוטחו פעל בכוונת מרמה.
- 17.5 תאריך לידתו של המבוטח כפי שמופיע במסמך רשמי, הוא ענין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.
- 18 **כפיפות להסדר התחיקתי**
- 18.1 על פוליסה זו חלות הוראות ההסדר התחיקתי, והיא כפופה להן. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הפוליסה להוראות קוגנטיות בהסדר התחיקתי, יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.
- 18.2 במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח ו/או יחולו שינויים בחוק חוזה ביטוח, לאחר חתימת הסכם זה, יהיו רשאים המבטחת ו/או בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישומו החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם.
- 19 **תנאי הצמדה למדד**
- 19.1 כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 19.1.1 "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.
- 19.1.2 "המדד היסודי" - המדד הידוע ביום תחילת ההסכם.
- 19.1.3 "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

- 19.2 כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 19.3 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.

20 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 מהמבטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

21 וועדת ערר:

- 21.1 מבטח ראשי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדין מחדש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 20 ימי עבודה מהגשת הבקשה לדין. כינוס הוועדה תהא באחריות בעל הפוליסה / היועץ.
- 21.2 המבטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.
- 21.3 החלטת הוועדה תחייב את המבטח.
- 21.4 הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה המוסכם על הצדדים. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.
- 21.5 למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצי תביעתו, על פי כל דין.

רובד בסיס

פרק א' - 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.
- הגדרה "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 שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 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 תחום 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

2. מקרה הביטוח:

2.1. מצבו הרפואי של המבוטח 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 כוללת

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.

הגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב 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 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. מובהר כי תרופה למחלה יתומה לא תכלול תרופה המפותחת לאדם מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2.3. 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 כמפורט.

3.

3.1. **התייעצות עם רופא אונקו גנטיקאי מומחה:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי התייעצויות או אבחונים אצל רופא אונקו גנטיקאי מומחה לרבות גנטיקאי או פרמקולוג, בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/יות שיפוי עד לגובה 1,200 ₪ ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות.

3.2. **בדיקה פתולוגיות ו/או גנטית:** בדיקות מעבדה כגון בדיקת אונקוטסט ו/או פאונדרייטן וכדומה 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 המינן לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מ15,000 ₪ למקרה ביטוח 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 בדיקות הקשורות להריון ו/או לידה.

3.3. **טיפול תרופתי ניסיוני בחו"ל:** נדרש המבוטח לקבל טיפול תרופתי 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:

עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 50,000 ₪.

3.3.1. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבטח ומלווה אחד, במקרה והמבטח קטין-שני מלווים, נדרש המבטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

3.3.2. 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 המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד ל100,000 ₪.

3.3.3. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבטח ולמלווה אחד, במקרה והמבטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1,000 ₪ ליום למלווה יחיד ועד 1,500 ₪ לשני מלווים. סכום שיפוי מרבי לסעיף זה- 50,000 ₪.

3.3.4. איתור מוסד רפואי:
עלות איתור המקום בו מבוצע הניסוי העשוי להתאים לצורכי המבטח, עלות הבדיקות הרפואיות, התרופות הנדרשות, ואשר לא מכוסות על ידי הגורם השלישי וזאת עד סכום של 20,000 ₪ למקרה ביטוח.

3.4. קנאביס רפואי עקב בעיה אונקולוגית:

המבטח ישפה את המבטח בגין טיפול בקנאביס רפואי במקרה של מחלה אונקולוגית עד סכום ביטוח מרבי של 5,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובלבד שבידי המבטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתייעצות עם רופא מומחה.

4. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

- 4.1 המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ובכפוף לאמור בסעיף 10.2 לתנאים הכלליים ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, עד תקרת סכום הביטוח המרבי, בניכוי השתתפות עצמית, למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. סכום שיפוי עד 3 מיליון ₪ לתקופה של 3 שנים. סכום הביטוח יתחדש ליתרת תקופת ההסכם. סכום שיפוי לתרופה על פי סעיף 2.3 לעיל עד 500,000 ₪ לתקופה של 3 שנים. סכום הביטוח יתחדש ליתרת תקופת ההסכם. השתתפות עצמית לחודש לתרופה תהיה 150 ₪.
- 4.1.1 במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על 300 ₪.
- 4.1.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש.
- 4.2 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה מהשב"ן ושילם במסגרתה השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל. כמו כן, המבוטח יקבל פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה ועד 1,800 ש"ח לחודש.
- 4.3 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.
- 4.4 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.

- 4.5 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 4.6 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.
- 4.7 סכום הביטוח המרבי למבוטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד הסכום הנקוב בנספח 1, לכל תקופת בדיקה.
- 4.8 המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד ל 200 ש"ח לכל טיפול /ליום ועד 60 יום.
- 5. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי המבטח לא יחייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:**
- 5.1 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר מכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.
- 5.2 תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.
- 5.3 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
- 5.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 5.5 טיפול בוויטמינים ו/או בתוספי מזון
- 5.6 טיפול תרופתי מניעתי למחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או טיפול תרופתי מניעתי לצהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת B (Hepatitis B).
- 5.7 טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
- 5.8 תרופה מסוג ANTI - AGING.
- 5.9 תרופות לטיפולים קוסמטיים.

5.10 תרופות לטיפול באין אונות.

5.11 תרופות מתחום הרפואה המשלימה.

5.12 תרופות לטיפול בגמילה מעישון.

5.13 תרופות לטיפול בהשמנת יתר.

6. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל 183 יום בשנה למעט באם השהייה היא במסגרת ניתוח ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

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

פרק ב' - 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 50%.
- 1.2.7 הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.
- 1.3 **השתלה** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב, (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי Left Ventricular Assist Device כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. תנאים מהותיים להתחייבות המבטחת עם היוודע למבוטח על קרות מקרה

הביטוח, המחייב קבלת טיפול, יודיע המבוטח על כך בכתב למבטחת ויקבל את אישורה מראש ובכתב לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו. קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על פי תכנית ביטוח זו. בוצעה/ה במבוטח השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, ללא קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב כאמור, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות המוכרות, כפי שהיו, לו היו ההשתלה או הטיפול המיוחד מבוצעים בבית חולים אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו. **הוראות מיוחדות לעניין ביצוע השתלה:** תכנית ביטוח זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר: נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.

למען הסר ספק מובהר כי שימוש במכונת החייה ו/או תפעול כליה 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 יחשבו כהשתלה על פי 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 תיעשה בכפוף 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:** צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

ובכפוף לתנאים המצטברים להלן:

1. רופא מומחה בישראל קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.
2. ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.
3. ההשתלה תבוצע בהתאם להוראות חוק השתלת איברים התשס"ח - 2008 (להלן: "חוק השתלת איברים")

2.2. **טיפול מיוחד בחו"ל:** צורך מתועד לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

ובכפוף לתנאים המצטברים להלן:

1. רופא מומחה בישראל בתחום הנדרש קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל וכי התקיימו במבוטח התנאים המפורטים בהגדרת טיפול מיוחד, וזאת על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

2. הטיפול המיוחד יבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.

3. התחייבות המבוטח:

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

3.1. לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות 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 המבוטח עד תקרה מרבית של 5,000,000 ₪. לעניין סעיף זה מובהר כי המבוטח 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 כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים, אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם- שיפוי מלא ואם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי של 1,000,000 ₪.

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

3.3.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בין אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה. כולל כיסוי עלות טיסה במחלקת תיירים הלוך ושוב למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקות הערכה.

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

- תרופות, 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 תשלום עבור הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לשם ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל.
- 3.3.9 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.
- 3.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:
- 3.4.1 הוצאות לצורך איתור האיבר 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 - עד תקרת הסכום של 200,000 ₪.
- 3.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום של 200,000 ₪.
- 3.4.3 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי – עד תקרת של 1,000,000 ₪.
- 3.4.4 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול מיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקת הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד שלוש נסיעות למקרה ביטוח ועד לסכום של 25,000 ₪. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.4.5 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 ₪.

- 3.4.6. 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 לסך של 1000 ₪ ליום למלווה יחיד ועד 1,500 ₪ לזוג מלווים – סך שיפוי מקסימלי 200,000 ש"ח.
- 3.4.7. 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.
- 3.4.8. הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת הסכום של 200,000 ₪.
- 3.4.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.10. תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום של 150,000 ₪.
- 3.4.11. תשלום בגין מעקב, ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, עד לסכום של 30,000 ₪.
- 3.5. כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.10 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.5, 3.4.7 – הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה. יובהר, שבמידה ויצא המבוטח 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 הוצאות לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד לתקרות הכיסוי המופיעות בפרק זה בניכוי סכומים שכבר שולמו.

3.6. תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:
מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך של 350,000 ₪ למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח 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:
מבוטח שעבר השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה של 350,000 ₪ בביצוע השתלה בחו"ל, 100,000 ₪ במקרה ביצוע השתלה בארץ, 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, המבוטח רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.7 או 3.6 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.7 או 3.6, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק השתלות איברים, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו- 3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.9 בפרק השתלות איברים .

3.8. גמלת החלמה למועמד להשתלה:

3.8.1 מועמד להשתלה המרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי ונזקק לשירותי מטפל או שוהה באשפוז בבית חולים, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 5,000 ש"ח בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ- 12 חודשים.

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 (לא כולל השתלת מח עצם עצמי):

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 הנדרשים לאחר השתלה בסך של 5,000 ₪ למשך 24 חודש (למעט קרנית) החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל. עבר המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל וקופ"ח השתתפה בהוצאות הטיפול, ישלם המבטח למבוטח פיצוי חודשי בסך 5,000 ₪ לחודש ולמשך 6 חודשים.

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

3.10 ניתוח/טיפול ניסיוני בחו"ל:

3.10.1 נדרש המבוטח לבצע ניתוח/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 ₪.

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, 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 ₪.

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 ₪ למלווה ועד 1,500 ₪ לזוג מלווים.

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

1. הכיסוי הביטוחי

- 1.1. **מקרה הביטוח:** ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח. תנאים מצטברים לקרות מקרה הביטוח:
1. רופא מומחה בישראל קבע את הצורך בביצוע הניתוח והמליץ על ביצוע טיפול מחליף ניתוח.
 2. טיפול המחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול, לבצע את הטיפול מחליף ניתוח במבטח (להלן: נותן הטיפול המחליף ניתוח). הטיפול המחליף ניתוח בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, ובלבד שבית החולים או המרפאה, בחו"ל מורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם ממוקמים.
- 1.2. בהיוודע למבטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מידי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. תאום הניתוח ייעשה ישירות על ידי המבטח, הניתוח יכוסה במלואו ע"י המבטח כמפורט בסעיף 1.3. במידה ובוצע הניתוח ללא תאום מוקדם של המבטח סכום השיפוי המרבי יהיה עד 400,000 ש"ח או 200% מעלות ניתוח בארץ-הגבוהה מבניהם.
- 1.3. **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן 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/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית של 100,000 ₪. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה

בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.4.2. כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל: במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח

בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה(במחלקת תיירים) והשהייה של המבוטח ומלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים). סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה- עד 1,000 ₪ ליום למלווה ועד 1,500 ₪ לשני מלווים ועד 21 יום.

1.4.3. כיסוי להוצאות הטסת גופה: המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת

גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

1.4.4. כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל: מבוטח אשר מסיבות רפואיות

לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח של 100,000 ₪.

1.4.5. כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח : בכפוף להנחיית הרופא המנתח,

מבוטח 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 מבוטח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי עד 1,500 ₪ ליום ועד 2,000 ₪ לשני מלווים. ועד 5 ימים.

1.4.6. כיסוי להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לפני/לאחר הניתוח:

1.4.6.1. נזקק המבוטח להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל , ישפה

המבטח את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור ההתייעצות ו/או הביקורת בחו"ל עד לסך של 10,000 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבוטח זכאי לשתי (2) התייעצויות ו/או ביקורות בחו"ל למקרה ביטוח. הוצאות המבוטח עבור כל התייעצות יהיו בסך של עד 6,000 ש"ח.

1.4.6.2. המבטחת תשפה את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה

לחו"ל וחזרה במחלקת תיירים ובגין הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים)

לתקופה של עד 5 ימים ועד לסך של 1,500 ₪ ליום ועד 2,000 ₪ לשני מלווים.

1.4.7 פיצוי במקרה של מוות בניתוח אלקטיבי: נפטר המבוטח

כתוצאה מניתוח במהלך הניתוח או תוך 7 ימים לאחריו, ישלם המבטח למוטבים (ובהיעדר מוטבים ליורשי המבוטח על פי דין), פיצוי בסך 100,000 ש"ח. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל בפרק זה.

1.4.8 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 המבוטח מבית החולים, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה, עד לסך של 800 ש"ח ליום ועד 5 ימים.

1.4.9 שכר אחות פרטית לאחר ניתוח: המבטח ישפה את

המבוטח בגין הוצאות העסקת אחות פרטית בבית החולים, עד לסך של 600 ש"ח ליום ועד 8 ימי אשפוז.

1.4.10 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.

1.4.11 פיצוי בגין אשפוז ארוך- מבוטח שביצע ניתוח, והיה

מאושפז לתקופה העולה על 10 ימים לאחר ביצוע הניתוח, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 2,000 ₪.

1.4.12 טיפולים אחרי ניתוח: על פי הוראת הרופא המטפל – טיפול

שיקומי, פיזיותרפיה, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק, הידרותרפיה. כיסוי ל 20 טיפולים. סכום ביטוח 150 ₪ לטיפול. 20% השתתפות עצמית.

1.4.13 ניתוח אלקטיבי - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו

של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח ע"י רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים)

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, רדיותרפיה, ריפוי בעיסוק או דיאליזה.
- 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.
- 1.5.5. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים ובלבד שמקורם דנטלי וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 1.5.6. ניתוחים או טיפולי מחליפי ניתוח לביצוע ברית מילה.

פרק ד' - התייעצויות עם רופא מומחה, בדיקות אבחנתיות

- 1. התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין ביצוע שתי 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 900 ₪ להתייעצות ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות הכוללת של ההתייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. 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 ההריון אחר המבוטחת והתייעצות 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.
- 2. בדיקות רפואיות אבחנתיות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 2.1 ולא יותר מסכום של 5,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, ובתנאי שהבדיקות מבוצעות בבית חולים ו/או במכון רפואי מוסמך אשר אושר על ידי הרשויות המוסמכות (בהתאם למקום ביצוע הבדיקה)
- 2.1 "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.**

פרק ה' – כתב שירות סמארט דוקטור – Smart DR

1. מבוא

- 1.1 תמורת תשלום פרמיה, כאמור בדף פרטי הביטוח, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים, החריגים והסייגים בכתב שירות זה, ובלבד שצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה מתווסף לפוליסה על שם המנוי והנו בתוקף במועד קבלת השירותים בפועל.
- כתב שירות זה מהווה תוכנית נוספת, אשר תהא בתוקף בכפוף לתוקפה של תוכנית הביטוח אליה נלווה כתב שירות זה.
- 1.2 השירות הניתן על פי כתב שירות זה ניתן על ידי ספק שירות, שאינו החברה, **והוא ניתן בתנאים ובמגבלות המפורטים בכתב שירות זה להלן.**
- 1.3 כל האמור בכתב שירות זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
- 1.4 כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:

- 2.1 **"אתר האינטרנט של הספק" - www.femi.com.**
- 2.2 **"החברה" - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.**
- 2.3 **"בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי.**
- 2.4 **"דמי השתתפות" - סכומים שהמנוי מחויב לשאת בהם בעצמו, כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות. המנוי ישלם את דמי ההשתתפות לנותן השירות או לספק, כפי שיוורה לו מוקד השירות, אך לא באמצעות החברה. מובהר כי דמי ההשתתפות משולמים בנפרד בגין כל מנוי ובגין כל מתן שירות וזאת כמפורט בכתב השירות.**
- 2.5 **"דמי מנוי" - הסכומים שעל המנוי לשלם לחברה מדי חודש בגין כתב השירות כפי שמצוין בדף פרטי הביטוח, וזאת כתנאי לקבלת שירותים על פי כתב שירות זה.**

- 2.6. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה ושמצוינים בו, בין היתר, פרטי המנויים, גובה דמי המנוי, המועד הקובע לגבי כל מנוי ופרטים נוספים הנוגעים לכתב השירות. דף פרטי הביטוח הינו חלק בלתי נפרד מכתב השירות.
- 2.7. **"המועד הקובע"** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כפי שהוא מופיע בדף פרטי הביטוח.
- 2.8. **"הספק"** - פמי פרימיום בע"מ או כל גורם אחר מטעמה, ו/או כל נותן שירות אחר אשר ייקבע על ידי החברה.
- 2.9. **"הפוליסה"** - הפוליסה שאליה מצורף כתב שירות זה.
- 2.10. **"השירות"** או **"השירותים"** - השירותים המפורטים בסעיף 5 שלהלן, הניתנים בהתאם למפורט בסעיף 5 שלהלן ועל פי הוראותיו, חריגיו ותנאיו של כתב השירות, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.
- 2.11. **"ייעוץ מקוון"** - שיחת ייעוץ באמצעות שימוש בטכנולוגיה אינטרנטית המעבירה קול ותמונה חזותית באמצעותה ינהל המנוי שיחה עם הרופא מטעם הספק לצורך קבלת השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 2.12. **"מנוי"** - המבוטח אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמי שנרכש עבורו כתב שירות זה.
- 2.13. **"רופא"** - מי שרשאי לעסוק ברפואה בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
- 2.14. **"רופא ילדים"** - רופא מומחה שהוסמך לעסוק בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות בעל התמחות ברפואת ילדים, או רופא המשמש כרופא ילדים באחת מקופות החולים בישראל.
- 2.15. **"רופא כללי שבהסכם"** - רופא משפחה או רופא ילדים הקשור עם הספק בהסכם תקף לצורך מתן שירות על פי כתב שירות זה, במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.
- 2.16. **"רופא מומחה"** - רופא שהוסמך לעבוד בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, או לפי כל תקנה.

- 2.17. **"רופא מומחה שבהסכם"** - רופא מומחה עמו קשור הספק בהסכם תקף לצורך מתן שירות על פי כתב שירות זה, במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות. רשימת נותני השירות שבהסכם מפורטת באתר האינטרנט של הספק.
- 2.18. **"רופא משפחה"** - רופא מומחה שהוסמך לעסוק בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות בעל התמחות ברפואת משפחה, או רופא המשמש כרופא משפחה באחת מקופות החולים בישראל.
- 2.19. **"שנה" /או" "שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, כאשר השנה הראשונה מתחילה במועד הקובע.
- 2.20. **תוכנית הביטוח/הפוליסה** - תוכנית ביטוח בריאות תקפה אשר הופקה ע"י החברה, אשר כתב שירות זה מהווה תוכנית נוספת הנלווית לה.
- 2.21. **"תנאים כלליים" /או" "נספח תנאים כלליים לתוכניות ביטוח בריאות"** - תנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות, המפורטים בנספח 755, לרבות, אך מבלי לגרוע מכלליות האמור, התנאים לגבי תקופת הביטוח ומועד כניסת הביטוח לתוקף. **התנאים הכלליים המצורפים לכתב השירות מהווים חלק בלתי נפרד מכתב שירות זה.**
- 2.22. **"מוקד שירות לקוחות" או "המוקד"** - קו טלפון שמספרו הנו **03-5688108**, שיפעיל הספק עבור המנויים לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה.

3. תנאים מהותיים בכתב שירות זה

- 3.1. **מובהר, כי המידע הרפואי /או הייעוצים הרפואיים שיינתנו בכתב שירות זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על-ידי המנוי /או הורי הקטין במהלך השיחה, ובהתבסס על מידע זה בלבד.**
- 3.2. **מובהר, כי בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב מצוקה (גופנית או נפשית) על המנוי לפנות באופן מידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר לרבות שירותי רפואה דחופה.**
- 3.3. **המנוי מודע לכך שאין ביעוץ המכוון כדי להוות תחליף לבדיקה /או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי, בהתאם לצורך.**

4. סודיות רפואית

- 4.1. ידוע למנוי כי פניה לשירות באמצעות תקשורת שאינה מאובטחת יכולה להיות חשופה ברשת האינטרנט. מובהר למנוי כי אבטחת המידע השמור בנקודת הקצה שלו היא באחריותו הבלעדית ואין לספק יכולת לאבטח מידע זה.
- 4.2. על המנוי בתום כל שימוש (באופן מלא או זמני) מוטלת האחריות הבלעדית להסיר מהאמצעי בו השתמש (מחשב ו/או מכשיר טלפון סלולרי) את המידע ו/או נתוני הזיהוי וכן כל נתון אחר אשר עלול לאפשר חשיפה של המידע למי שאינו מורשה לכך.

5. פירוט השירותים

- 5.1. המנוי זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה שבהסכם לבחירת המנוי מ**בין האפשרויות שיועמדו בפניו בעת פנייתו למוקד** (להלן: "ייעוץ רופא מומחה"). מובהר כי מבין הרופאים המומחים בכל תחום יופיע לפחות רופא מומחה אחד שהינו אחד מאלה: פרופסור, מנהל מחלקה, סגן מנהל מחלקה, מנהל יחידה, סגן מנהל יחידה, והכל בבית חולים בישראל.
- 5.2. מידע אודות רשימת הרופאים המומחים שבהסכם נמצא במוקד השירות של החברה אשר זמין לרשות הלקוחות 24 שעות, 7 ימים בשבוע.
- 5.3. המנוי רשאי לקבל את הייעוציים הרפואיים המקוונים מרופא מומחה שבהסכם במהלך תקופת תוקפו של כתב השירות ללא הגבלה.
- 5.4. השירות יינתן באמצעות רופא מומחה שבהסכם בכל תחומי הרפואה, כגון: אנדוקרינולוגיה, אלרגולוגיה, אונקולוגיה, אורתופדיה, אורולוגיה, א.א.ג, גנטיקה רפואית, גריאטריה, גניקולוגיה, גסטרואנטרולוגיה, המטולוגיה, ילדים, כירורגית לב, כירורגית חזה, כירורגיה כללית, נירוכירורגיה, נירולוגיה, נפרולוגיה, עיניים, פסיכיאטריה בוגרים, פסיכיאטריה ילדים, קרדיולוגיה, ראומטולוגיה, ריאות, רדיולוגיה, רפואה זיהומית, רפואת כאב רפואת עור ומין ועוד, וזאת ככל שמתאפשר ליתן את הייעוץ באופן מקוון.
- 5.5. תיאום מועד הייעוץ יבוצע תוך יום עסקים אחד ממועד קבלת הפנייה למוקד השירות וקבלת הייעוץ בפועל תתבצע עד 2 ימי עסקים ממועד התאום כאמור.

- 5.6. עבור כל שיחת ייעוץ, ישלם המנוי דמי השתתפות בסך **100 ש"ח**. דמי ההשתתפות ישולמו לספק טרם קבלת השירות בפועל באמצעות כרטיס אשראי בלבד.
- 5.7. למרות האמור בסעיף לעיל, ביקש המנוי לקבל ייעוץ מקוון נוסף עם אותו הרופא ממנו קיבל את הייעוץ הראשון ובאותו תחום התמחות בגינו פנה לקבלת הייעוץ, יהיה רשאי המנוי לקבל זאת בתנאי שלא חלפו 45 יום מהייעוץ הראשון ובכפוף לתשלום דמי השתתפות מופחתים בסך 90 ש"ח לייעוץ. **מובהר כי הייעוץ אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי צפוי או תלוי ועומד.**
- 5.8. **השירות יינתן על ידי רופא מומחה שבהסכם בלבד והמנוי אינו זכאי לקבלת שירותי ייעוץ על פי כתב שירות זה מרופא מומחה אחר ו/או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגינם.**
- 5.9. הרופא המומחה שבהסכם רשאי, לפי שיקול דעתו מבלי שתישמע כל טענה כנגדו להודיע למנוי כי הנסיבות אינן מתאימות למתן ייעוץ מקוון וכי הוא ממליץ למנוי לפנות למטפל אשר יפגש עמו פנים מול פנים.
- 5.10. יובהר כי מבטח יוכל לבחור להעביר מראש את כל החומר הרלוונטי לרופא המומחה שבהסכם לרבות סיבת הפנייה לייעוץ, לשם בחינת התאמת המקרה לייעוץ מקוון. אם יימצא כי המקרה אינו מתאים לייעוץ מקוון, ולא יינתן ייעוץ בפועל, לא ישולמו דמי השתתפות.
- 5.11. בתום שיחת הייעוץ המקוונת עם הרופא המומחה שבהסכם כאמור לעיל, יקבל המנוי סיכום ייעוץ הכולל את אחת או יותר מההמלצות המפורטות להלן, והכל בהתאם לצורך ולמקרה הרפואי שבגיננו פנה המנוי לקבלת השירות:
- 5.11.1. ייעוץ רפואי בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המנוי.
 - 5.11.2. מרשם לצורך רכישת תרופה לטיפול בבעיה הרפואית ממנה סובל המנוי.
 - 5.11.3. הפנייה לבית חולים או מוקד לשירותי רפואה דחופה.
 - 5.11.4. הפנייה לבדיקות אבחנתיות להשלמת בירור.
 - 5.11.5. המלצה להמשך טיפול אצל רופא משפחה או רופא אחר.
- יובהר כי השירותים אינם כוללים את עלות הביקור ו/או האשפוז בבית חולים ו/או התרופות ו/או כל הוצאה רפואית אחרת מלבד הייעוץ.**

5.12. קבלת ייעוץ רפואי מקוון מרופא כללי שבהסכם:

- 5.12.1. המנוי זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא כללי שבהסכם.
- 5.12.2. המנוי רשאי לקבל ייעוציים רפואיים מקוונים מרופא כללי שבהסכם במהלך תקופת תוקפו של כתב השירות ללא הגבלה.
- 5.12.3. השירות על פי הסעיף לעיל, יינתן במועדים המפורטים להלן בלבד:
 - 5.12.4.1. בכל יום, למעט יום כיפור: משעה 19:00 בערב ועד לשעה 7:00 בבוקר למחרת.
 - 5.12.4.2. ביום כיפור החל משעתיים מצאת החג ועד שעה 7:00 בבוקר למחרת.
- 5.12.4. הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיף זה, יתקיים עד 90 דקות מרגע קבלת הפנייה במוקד השירות ובלבד שהפניה תתקבל במוקד במסגרת שעות הפעילות המפורטות לעיל.
- 5.12.5. הרופא הכללי שבהסכם ייתן למנוי מידע והכוונה רפואית, ככל שידרשו לפי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא. בין היתר, יכלול הייעוץ את העניינים הבאים:
 - 5.12.6.1. קבלת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי מלא) מאת המנוי או הורי קטין מנוי.
 - 5.12.6.2. קבלת מרשם רפואי לרכישת תרופות ראשוניות בהתאם לשיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ הכללי. המרשם יימסר באמצעות דוא"ל או פקס או כל אמצעי אלקטרוני אחר.
 - 5.12.6.3. קבלת הפנייה לבית חולים באמצעות דוא"ל או פקס.
 - 5.12.6.4. קבלת המלצה להפניית המנוי להמשך טיפול לפי שיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ הכללי.
- 5.12.6. בסיום הייעוץ הרפואי המקוון על פי הסעיף לעיל, יינתן למנוי או להורי קטין מנוי מאת הרופא המייעץ הכללי סיכום ייעוץ באמצעות דוא"ל או פקס.
- 5.12.7. **השירות אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי תלוי או צפוי.**
- 5.12.8. ייעוץ מקוון עם רופא כללי שבהסכם, יינתן ללא דמי השתתפות.

6. אופן קבלת השירותים ותנאים כלליים

- 6.1. נזקק המנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות וימסור את הפרטים הנדרשים לזיהויו למתן השירות ככל שיתבקש.
- 6.2. לצורך קבלת שירותי הייעוץ המקוון, על המנוי להעביר למוקד השירות של הספק את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לפנייתו המצויים ברשותו וזאת תוך 24 שעות לכל המאוחר טרם המועד שתואם עבורו לצורך קבלת ייעוץ

- מקוון מהרופא המומחה שבהסכם. **יובהר כי סעיף זה הינו תנאי מהותי לצורך תיאום השירות ו/או קבלתו.**
- 6.3 את המסמכים הרפואיים כאמור לעיל יוכל המנוי לשלוח לספק באמצעות דואר אלקטרוני ו/או פקס ו/או לחילופין באמצעות שירותי איסוף מידע באמצעות רופא מטעם הספק אשר יגיע לבית המנוי ויבצע את הפעולות הבאות:
- 6.3.1 קבלת סיפור הרקע הרפואי, לרבות בירור ביחס לנטילת תרופות ואם כן, אילו תרופות, כולל תדירות נטילתן, ותיעוד המידע שנמסר לצורך העברתו לרופא המומחה.
- 6.3.2 מילוי טופס איסוף חומר רפואי באמצעות תיעוד: cd/פייענוחים/בדיקות מעבדה/צילומים.
- 6.3.3 ריכוז החומר במעטפה מאובטחת **והחתמת הלקוח.**
- 6.3.4 **בגין העברת המידע הרפואי באמצעות שירותי איסוף מידע ישלם המנוי דמי השתתפות בסך 90 ש"ח למשלוח.**
- 6.4 מוקד השירות מטעם הספק יהא פעיל לקבלת פניות המנויים בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את שיחת הייעוץ אשר תואמה עבורו, יודיע על כך המנוי למוקד השירות בהקדם האפשרי ולא פחות מ- 24 שעות טרם שיחת הייעוץ בפועל. לא בוטל התיאום כאמור, יישא המנוי במלוא דמי ההשתתפות כמפורט בכתב השירות.

7. קבלת השירותים בעת שירות צבאי

בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות על המנוי הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את המנוי או למנוע ממנו, בעת שירותו הצבאי, קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשפיע על מימוש הזכויות המגיעות למנוי בהתאם לתנאי כתב שירות זה. המידע בדבר הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המנוי נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

8. אחריות נותן השירות

8.1 הספק מתחייב להתקשר עם נותני שירות שבהסכם שהינם בעלי ניסיון מקצועי נאות ורמת שירות גבוהה המתאימים והרלוונטיים לשירות הניתן בכתב שירות זה. בנוסף, הספק מתחייב לבחון מעת לעת את רמת השירותים שיעניקו נותני

- השירות למנויים ולסייע ככל שניתן בטיפול בכל בעיית שירות שתתעורר בין המנויים לבין נותני השירות בקשר לשירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 8.2 הספק מתחייב כי תתקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנויים והכל כמפורט בסעיף 6 לעיל.
- 8.3 החברה ו/או הספק אינם אחראים לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 8.3.1 פגיעה בפעילות הספק או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, כסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק.
- 8.3.2 אירועים הנובעים ממגבלות המערכת הטכנולוגית בתחומים שונים, ביניהם בתחומי השמירה על הפרט והחיסיון הרפואי, לרבות בגין כשל תקשורתי, חדירת גורמים בלתי מוסמכים וניתוק פתאומי של התקשורת.
- 8.4 יובהר כי העברת מידע רפואי על ידי המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלה של המידע הרפואי מצד החברה.
- 9. תוקפו של כתב שירות זה**
- 9.6 כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע.
- 9.7 תוקפו של כתב שירות זה יהיה למשך כל תקופת הפוליסה של המנוי, והוא יתחדש מאליו לתקופות נוספות, אם תחודש פוליסת הביטוח של המנוי, אלא אם החברה תודיע למנוי אחרת.
- 9.8 **תוקפו של כתב שירות זה יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:**
- 9.8.1 במועד ביטול הפוליסה, מכל סיבה שהיא.
- 9.8.2 בתום תקופת כתב שירות זה על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
- 9.8.3 בכל מקרה בו זכאית החברה לסיים את כתב השירות בהתאם להוראות כל דין, לרבות בגין אי-תשלום דמי מנוי במלואם בהתאם למפורט בתנאים הכלליים.
- 9.8.4 במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לבין הספק והחברה לא מצאה נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח, בהודעה של החברה של 60 יום מראש.

9.9. להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה. יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה המנוי זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.

9.10. המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה למבטחת באמצעות דוא"ל, חשבון אישי מקוון, פקס או פניה טלפונית והכל בהתאם למפורט באתר האינטרנט של החברה. הביטול ייכנס לתוקפו תוך שלושה ימים מיום קבלת ההודעה על ידי המבטחת, ומקבל השירות יהיה זכאי להחזר יחסי מדמי המנוי ככל ששולמו.

10. דמי מנוי

10.1. שיעורם של דמי קבוע בדף פרטי הביטוח.
10.2. המנוי ישלם לחברה את דמי המנוי מראש, במועדים ודרכי התשלום שהוסכמו עם החברה.

11. תחולת התנאים הכלליים על כתב השירות

כל ההוראות בנספח תנאים כלליים לתכניות ביטוח בריאות כהגדרתו לעיל, המצורפים לכתב שירות זה יחולו על כתב שירות זה, למעט החריגים המופיעים בתנאים הכלליים. כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות יחייב לעניין כתב שירות זה אם צוין בכתב שירות זה במפורש.

12. שונות

12.1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
12.2. המנוי מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתו, ולא תישמע טענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה לידי המנוי, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
12.3. אם רשומים בפוליסה כמה מנויים הזכאים לכתב שירות זה, הרי שהודעות שנשלחו למנוי הראשי כהגדרתו בחברה, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב לחברה, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל המנויים הרשומים בדף פרטי הביטוח כאמור.

- 12.4. כל הודעה ו/או והצהרה לחברה ו/או למי מטעמה תימסר בכתב.
- 12.5. התחייבויות על פי כתב שירות זה, בכל הקשור לתשלומים על פיו, חלות על המתקשר בכתב השירות ו/או על הגורם המשלם ו/או על המנוי בעצמו או באמצעות אפטרופוס.

13. שיפוט ודין

בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל והדין החל הנו דיני מדינת ישראל בלבד.

רובד הרחבה א'

פרק ו' 1 - כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

קרה מקרה הביטוח, תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן **בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.**

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

- 1.1. בית חולים פרטי - אחד מאלה:
 - 1.1.1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2. הליך/ הליך רפואי- ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/ או התייעצויות כהגדרתן בתכנית ביטוח זו.
- 1.3. הסדר ניתוח- הסכם בין המבטחת ובין רופא ו/או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח ו/או לתחליף ניתוח שיבוצע בישראל ישולמו להם על ידי המבטחת.
- 1.4. הסדר התייעצויות- הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד הרפואי בעד ההתייעצות הרפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטחת.
- 1.5. התייעצות/ התייעצויות - 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. 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;
- 1.7. מנתח בהסדר- מנתח שיינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת.

- 1.8. 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; נותן שירות בהסדר - רופא מומחה, מנתח ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסדר ניתוח ו/או בהסדר התייעצויות ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המנתח ו/או המוסד הרפואי צד להסכם.
- יובהר כי רשימת נותני השירות בהסדר מופיעה באתר האינטרנט של המבטחת.
- בטרם ביצוע הליך רפואי באמצעות נותן שירות בהסדר יש לוודא באתר האינטרנט של המבטחת ו/או במוקד השירות בטלפון- 2000 * כי נותן השירות הינו בהסדר עם המבטחת וכן לפעול בהתאם להוראות סעיפים 2.3-2.4 להלן.
- 1.10. ניתוח – פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבטח, 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;
- 1.11. קופת חולים- כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.12. 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;
- 1.13. שתל- כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.14. תכנית השב"ן- תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.
- 1.15. תקופת אכשרה - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה (תכנית ביטוח זו); תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

- 2. מקרה הביטוח**
- 2.1 מקרה הביטוח הינו ניתוח ו/או תחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
 - 2.2 מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבטח.
 - 2.3 עם היוודע למבטח הצורך בביצוע הליך רפואי המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, עליו להודיע על כך למבטחת מראש ובכתב, ולקבל את אישורה מראש ובכתב לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.
 - 2.4 לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.
 - 2.5 יובהר כי תשלומים בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו.

- 3. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח**
- בקרות מקרה הביטוח, יהא זכאי המבוטח, בכפוף להוראות ולתנאים בתכנית ביטוח זו, לכיסוי ההוצאות המפורטות להלן בגין ההליך הרפואי:
- 3.1 **התייעצויות**
 - 3.1.1 המבטחת תכסה עד שלוש התייעצויות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
 - 3.1.2 התייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של של 1200 ש"ח להתייעצות.
 - 3.2 **שכר מנתח בהסדר והוצאות רפואיות על ידי נותני שירות בהסדר**
 - 3.2.1 המבטחת תכסה את מלא עלות שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.
 - 3.2.2 המבטחת תכסה את מלא ההוצאות רפואיות 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 (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר בהסדר עם המבטחת.

3.2.3 יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, וכן לא יינתן למבוטח החזר כספי או תשלום כלשהו בגין הניתוח, למעט החזר ההשתתפות העצמית בה נשא המבוטח בפועל בגין עלות שכר מנתח וההוצאות המוכרות עבור ניתוח שבוצע באמצעות תכנית השב"ן ובתנאי שהמנתח שביצע את הניתוח הינו מנתח בהסדר עם המבטחת.

3.3 טיפול מחליף ניתוח

3.3.1 המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר.

3.3.2 טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט יובהר כי לא תשלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. תקופת אכשרה

4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.

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

5. חריגים מיוחדים

המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

5.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

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

5.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

5.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

5.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל

בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.

- 5.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 5.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 5.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט לעיל בפרק התנאים הכלליים המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

פרק ו'2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן

קרה מקרה הביטוח תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן **בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים**. יובהר כי בכל מקרה של סתירה בין ההגדרות והתנאים המופיעים בתנאים הכלליים לבין ההגדרות והתנאים המופיעים בכיסוי זה, יגברו התנאים וההגדרות המופיעים בתכנית ביטוח זו.

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

- 1.1. בית חולים פרטי – אחד מאלה:
 - 1.1.1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2. ברות ביטוח (ביטוח המשך ללא חיתום): כיסוי המקנה למבוטח את הזכות להצטרף לתכנית ביטוח "כיסוי מלא" שתהא בתוקף באותה עת, תוך מתן רצף ביטוחי לתנאי החיתום שנקבעו ושהיו תקפים במועד תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח זו, ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם, ללא תקופת אכשרה נוספת, ובתמורה לדמי ביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים בנספח כיסוי מלא אצל המבטחת באותה עת.
- 1.3. הליך/ הליך רפואי- ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות כהגדרתם בתכנית ביטוח זו.
- 1.4. הסדר ניתוח- הסכם בין המבטחת ובין רופא ו/או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח ו/או לתחליף ניתוח שיבוצע בישראל ישולמו להם על ידי המבטחת.
- 1.5. הסדר התייעצויות- הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד הרפואי בעד התייעצות הרפואית הנקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטחת.
- 1.6. התייעצות/ התייעצויות - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.7. 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;
- 1.8. מנתח בהסדר- מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו נתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם

- בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה המנתח צד להסכם.
- 1.9. מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן- מקרה ביטוח המכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, ואשר תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן הסתיימה לגבי המבוטח.
- 1.10. מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן- מקרה ביטוח, שהשב"ן לא מכסה לכלל החברים בשב"ן ו/או מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן, בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה.
- 1.11. **מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים**- מקרה ביטוח שאינו מכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים. כנסיבות הנוגעות למבוטח מסוים ייחשבו, בין היתר, הנסיבות הבאות:
- 1.11.1. פיגור בתשלום דמי חבר ו/או אי תשלום לשב"ן.
- 1.11.2. השב"ן אינו בתוקף מכל סיבה שהיא.
- 1.11.3. חלות תקופת אכשרה/ המתנה חדשה בשב"ן על מבוטח אשר עבר מהשב"ן בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה לשב"ן אחר.
- 1.12. מרפאה כירורגית פרטית - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.13. נותן שירות בהסדר- רופא מומחה, ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המוסד הרפואי צד להסכם.
- 1.14. 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;
- 1.15. 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;
- 1.16. קופת חולים- כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.17. שתל- כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

- 1.18 תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון") - כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולם מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.
- 1.19 תכנית השב"ן-תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.
- 1.20 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.
- 1.21 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

- 2.1 מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- 2.2 מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.
- 2.3 הכיסוי הביטוחי בתכנית ביטוח זו הינו רובד משלים לתכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוקח בחשבון את מימון השתתפות קופת חולים בהוצאות מקרה הביטוח, בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח.
- פרמיית הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הניתן על פי תכנית ביטוח זו הינה פרמיה מופחתת מאשר הפרמיה הנגבית בכיסוי מלא מהשקל הראשון, והכיסויים הביטוחיים ותגמולי הביטוח מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בתכנית ביטוח זו.**

3. תנאים מהותיים להתחייבויות המבטחת

- 3.1 עם היוודע הצורך בביצוע ההליך, יפנה המבוטח תחילה אל קופת החולים בה הינו מבוטח בתכנית שב"ן למימוש זכאותו על פי תכנית השב"ן שברשותו ויפעל למיצוי מלוא הזכויות, המוקנות לו בגין מקרה הביטוח, במסגרת השב"ן בו הוא חבר. המבוטח ישתף פעולה עם המבטחת ככל שיידרש וכן יודיע למבטחת בהקדם וימסור לה כל החלטה של קופת חולים/ השב"ן הרלוונטית לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.
- 3.2 נוסף על האמור, על המבוטח להודיע למבטחת מראש ובכתב על הצורך בביצוע ההליך הרפואי וכן לקבל את אישורה מראש ובכתב לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.
- 3.3 לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים

בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.

3.4 יובהר כי תגמולי ביטוח בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נתן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו, למעט השתתפות עצמית ששולמה על ידי המבוטח כמפורט בסעיף 5.2.3 להלן.

4. תגמולי הביטוח:

4.1. מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן:

בקרות מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן, המבוטח יהא זכאי לכיסוי על פי תכנית ביטוח זו בגין ההוצאות המפורטות בסעיפים 5.1-5.3 להלן, רק מעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר עבור ההליך הרפואי שבוצע.

4.2

מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים:

בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסויים, המבטחת תשפה את המבוטח בגין הפרש שבין ההוצאות המכוסות בסעיפים 5.1-5.3, לבין ההוצאות שהיו מגיעות למבוטח מהשב"ן בו היה חבר המבוטח לולא התקיימו הנסיבות הנוגעות לאותו מבוטח (להלן: "ההפרש"). לצורך חישוב ההפרש יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח, תיקבע השתתפות המבטחת על פי המידע הקיים אצל המבטחת לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח או בסוג ניתוח דומה, ובאותה תוכנית שב"ן.

4.3

מקרה ביטוח שהשב"ן אינו מכסה לכלל המבוטחים בשל דחיה כללית:

בקרות מקרה ביטוח שהשב"ן אינו מכסה לכלל החברים בשב"ן, לרבות בשל תקופת אכשרה ו/או המתנה בשב"ן, וכן במקרים בהם המבוטח חייל בשירות סדיר, המבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאות בגין ההליך, בהתאם למפורט בסעיפים 5.1-5.3 להלן.

5. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח

בקרות מקרה ביטוח, ולאחר מיצוי הזכויות בשב"ן, יהא זכאי המבוטח לכיסוי ההוצאות המפורטות בסעיפים 5.1-5.3 להלן בגין הליך רפואי, וזאת בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו ובכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בסעיף 4 לעיל.

- 5.1. התייעצויות .5.1
- 5.1.1. המבטחת תכסה עד שלוש התייעצויות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 5.1.2. התייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 1200 ₪ להתייעצות.
- 5.2. שכר מנתח והוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע ניתוח .5.2
- 5.2.1. המבטחת תכסה את מלא עלות שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.
- 5.2.2. המבטחת תכסה את מלא ההוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדמים, 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 (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר בהסדר עם המבטחת.
- 5.2.3. יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, וכן לא יינתן למבוטח החזר כספי או תשלום כלשהו בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר, למעט החזר ההשתתפות העצמית בה נשא המבוטח בפועל בגין עלות שכר מנתח וההוצאות המוכרות עבור ניתוח שבוצע באמצעות תכנית השב"ן ובתנאי שהמנתח שביצע את הניתוח הינו מנתח בהסדר עם המבטחת.

6. טיפול מחליף ניתוח

- 6.1.1. המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר. .6.1
- 6.1.2. טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה החזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט יובהר כי לא תשלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

7. ברות ביטוח

- 7.1 בעל הפוליסה או המבוטח, לפי הענין, יהיה זכאי, לאחר פניה בכתב למבטחת, לממש את זכותו לברות הביטוח על פי תכנית ביטוח זו, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:
- 7.1.1 ביטול חברות המבוטח בשב"ן, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בשב"ן האמור או מבלי שהצטרף לשב"ן בקופת חולים אחרת. מועד ביטול החברות בשב"ן: מועד הודעת קופת החולים על ביטול השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, המאוחר מביניהם.
- 7.1.2 מעבר לשב"ן בקופת חולים אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה/ המתנה בשב"ן בקופת החולים שעבר אליה (אם קיימת).
- 7.2 הזכאות למימוש ברות ביטוח, בהתאם לסעיף זה תהיה תקפה למשך 60 ימים ממועד ביטול החברות בשב"ן, בין אם המבוטח עבר לשב"ן בקופת חולים אחרת ובין אם לאו.
- 7.3 תחילת תקופת הביטוח בנספח כיסוי מלא תהיה למפרע מהמועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.
- 7.4 על בעל הפוליסה או המבוטח המבקש לממש את זכותו לברות הביטוח להמציא למבטחת את כל ההוכחות הדרושות לקיום אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 7.1.1 ו-7.1.2 לעיל.
- 7.5 על תכנית ביטוח זו להיות בתוקף מלא לפחות עד המועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

8. תקופת אכשרה

- 8.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.
- 8.2 על אף האמור בסעיף 8.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

9. חריגים מיוחדים

- המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:
- 9.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 9.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;

- 9.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 9.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 9.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
- 9.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 9.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 9.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 9.7. 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;
- 9.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 9.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט לעיל בפרק התנאים הכלליים המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

פרק ז' - שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1 "בדיקות ושירותים להריון" –
- 1.1.1 בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.1.2 בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.1.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.1.4 סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 - 1.1.5 בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות צ'יפ גנטי.
 - 1.1.6 מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 - 1.1.7 בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.1.8 בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI ואחרים.
 - 1.1.9 שימור דם טבורי.
 - 1.1.10 כל בדיקה אחרת הנדרשת למבטחת במהלך ההיריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.
- 1.2 "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 וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.3 "פיזיותרפיה" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים (טיפול בודד או סדרת טיפולים בגין אותו מצב רפואי) 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 **כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות 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, ועד לסכום של 6,000 ₪ למקרה ביטוח, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת, ישולם גם החזר בגין הוצאות הטיסה ושהייה עד לסכום של 6,000 ₪ למקרה ביטוח.

3.2 **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכמיות, ציטולוגיות, היסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש. ולא יותר מסכום ביטוח מרבי למקרה ביטוח של 2,000 ₪ בארץ, 6,000 ₪ בחו"ל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.3 **טיפול פיזיותרפיה/ריפוי בעיסוק /טיפול שיקומי:** המבטח ישפה את המבוטח עד לסכום של 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא מומחה בתחום.

3.4 **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 בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים בIOD 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 של 100,000 ₪ למקרה ביטוח. ועד 200,000 ₪ לטיפול בהימופילטרציה או פרפוזיה ישירה, ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.5 **בדיקות פתולוגיות:** בדיקות מעבדה בדיקת נשאות 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 מסכום של 18,000 ₪ לבדיקה 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.

3.6 **פיצוי לאחר אשפוז** מניתוח ושלא כתוצאה מניתוח: יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום השלישי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום ועד 400 ₪ ליום.

3.7 **הזרקת חומרי סיכון למפרקים, אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 4,000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים). 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.

3.8 **טיפול בגלי הלם, 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 מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), עד סכום מרבי של 3,500 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים). 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.

3.9 **הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 5,000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים). 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.

3.10 **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 מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של

5,000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים). 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.

3.11 הזרקות לטיפול בהזעת יתר: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 6,000 ₪ למקרה ביטוח (טיפול בודד או סדרת טיפולים). מובהר 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.

3.12 הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, עד סכום מרבי של 2,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ 10,000 ₪ לסדרת הזרקות. מובהר 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.

3.13 רפואה משלימה : המבטח ישפה את המבוטח, כנגד קבלות מקוריות, עד 12 טיפולים בשנת ביטוח בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% ועד ל 150 ₪ לטיפול. המבוטח יהיה רשאי לקבל טיפול מתחום הרפואה המשלימה, כמפורט להלן ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא. תחומי הרפואה המשלימה, עפ"י סעיף זה, הנם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, הרבולוגיה, שיטת פאולה, תזונה, היפנוזה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנארייז, ביו-פידבק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, פרחי באך, טווינה ורפואה סינית.

סייגים: אין כיסוי לתרופות, מזון וצמחים בהם משתמש המטופל במסגרת הטיפול האלטרנטיבי.

התפתחות הילד:

3.14 טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים: המבטח ישפה את המבוטח בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במקוון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד /או פסיכולוג קליני/חינוכי. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% ועד 1,500 ₪.ח. פעם אחת בכל 30 חודשי ביטוח.

3.15 המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נירולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד מאבחן מוכר ו/או מכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד ו/או פסיכולוג קליני/חינוכי, לילדים מגיל 16-3. טיפול יעשה על ידי פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג 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 של 20% ועד סכום ביטוח של 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנה.

הריון ולידה:

3.16 **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל בסכום ביטוח של עד 4,500 ₪ להריון (בהריון מרובה עוברים עד 6,000 ₪), ובדיקות סיקור גנטי כמוגדר בסעיף 1.4 כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההריון או לאחריו, עד לסכום של 4,000 ₪. השתתפות עצמית סעיף זה 20%.

3.17 אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון: מבטחת שאושפזה כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה לתקופה העולה על 14 יום תהיה זכאית לפיזיו של 150 ₪ ליום. ועד 5,000 ₪ להריון.

3.18 מעקב הריון אצל רופא מומחה. זכאות לשני ביקורים להריון. סכום ביטוח של 800 ₪ לביקור, 20% השתתפות עצמית.

3.19 **טיפול פריין לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח/ת ב 80% מהסכום ששולם בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי פריין לרבות הפריה חוץ גופית (I.V.F.) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום, וזאת עד תקרת הסכום של 15,000 ₪ לסדרת טיפולים לילד ועד שתי סדרות טיפולים לילד. ועד לשני ילדים. עד 25,000 ש"ח לטיפול בחו"ל- טיפול אחד לילד. 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.

3.20 **מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"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 של 25,000 ₪

לילד . להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.

3.21 אביזר רפואי אחרי ניתוח: המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור אביזרים הנדרשים לו לאחר ניתוח עד תקרת הסכום 2,500 ₪ למקרה ביטוח.

3.22 ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה: מבטח/ת אשר אובחן כחולה במחלה קשה יהיה רשאי לרכוש שירותי ליווי מקצועי מצוות מולטי דיציפלינרי הכולל רופא מומחה, עובד/ת סוציאלי/ת, ו/או פסיכולוג/ית ו/או אחות לצורך קבלת מידע וסיוע רפואי ו/או סיעודי ו/או רגשי בעת ההתמודדות עם המחלה בשלביה השונים כולל בשלב של מחלה סופנית. המבוטח ישופה כנגד הצגת קבלות מלוות בסיכום השירות שניתן לו עד סכום ביטוח מרבי של 2,000 ₪ לחודש ולא יותר 10,000 לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 10%.

3.23 טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה: המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום 4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.24 טיפול בתא לחץ למחלה אונקולוגית ולמחלת הסכרת: המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות הטיפול בתא לחץ, עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לתקופת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל . המבוטח יהיה זכאי לקבלת הטיפול במקרה בו מצבו הרפואי יחייב טיפול בתא לחץ על פי המלצת רופא מומחה על רקע של מחלה אונקולוגית ומחלת סכרת.

3.25 הדפסת איברים: המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבטוח ישופה כנגד חשבונות/קבלה בסך של 2000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו 15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח. והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 10%.

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 120 יום.

רובד הרחבה ב'

פרק ז' - שירותים אמבולטוריים נוספים

- 1. אביזרים רפואיים:** המבוטח זכאי להחזר בגין הוצאות עבור אביזר רפואי: מכשיר **אלקטרוני** ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar.), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP. מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונס, שתל קוכולארי ו/או נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מייוחדת 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 לסכום של 2,000 ₪ לכל 30 חודשי ביטוח .
- 2. טיפולים פסיכולוגיים:** המבטח ישתתף בהוצאות לטיפולים שניתנו למבוטח בתקופת הביטוח ע"י רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג ו/או ע"י עובד סוציאלי מורשה בגין האירועים הבאים: אנורקסיה, בולמיה, התמכרות לסמים ו/או לאלכוהול, פטירה של בן משפחה, חבר או קרוב, גילוי מחלה קשה כמפורט בפרק ט' להסכם למבוטח או לקרוב משפחה, צורך בטיפול סיעודי, אובדן כושר עבודה, נכות. תקיפה מינית, אלימות במשפחה, גירושין, אירוע תאונתי, אירוע טראומתי, תופעות חרדה או דיכאון, משבר אישי או משפחתי, חוסר תפקוד ותופעות של פחד.
המבטח ישתתף בסך של עד 250 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנה, בכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח 25% לטיפול.

פרק ט' - פיצוי בגילוי מחלה קשה

1.1. מקרה הביטוח:

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, בעת גילוי אחת המחלות ו/או קיום אירועים/רפואיים קשה/ים כמפורט באחת הקבוצות (להלן: "הקבוצות") אשר בהתקיימם בתוך תקופת הביטוח, יזכה את המבוטח בסכום הביטוח הנקוב בסעיף 2 להלן בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים בהסכם הביטוח.

1.1.1 קבוצה ראשונה

1.1.1.1 מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease)

- מאופיינת בנוכחות שניים מן הסימנים הבאים:

1.1.1.1.1 צהבת;

1.1.1.1.2 מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

1.1.1.1.3 שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

1.1.1.1.4 אנצפלופטיה כבדית;

1.1.1.1.5 יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת

טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של

הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.

1.1.1.2 אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic) - אי ספיקת

כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה

כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום

חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי

שניים מתוך שבע הסימנים הבאים:

1.1.1.2.1 הקטנה חדה בנפח הכבד;

1.1.1.2.2 נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית כמוכח

בהיסטולוגיה;

1.1.1.2.3 ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או

רמות פקטורים 5 ו-7;

1.1.1.2.4 צהבת מעמיקה;

1.1.1.2.5 אנצפלופטיה כבדית;

1.1.1.2.6 דמום בלתי נשלט;

1.1.1.2.7 אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-

רנאלית.

1.1.1.3 השתלת איברים (Organ Transplantation) - מעי, לב ריאה,

לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, מוח עצמות-קבלת אישור

רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת

איבר, או במקרה של השתלת מח עצמות ביצוע ההשתלה בפועל או באיברים אחרים כמפורט ביצוע ההשתלה בפועל מתורם או באמצעות איבר מלאכותי.

1.1.4. מחלת ריאות כרונית חסימתית (Chronic Lung Disease) -

מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

- 1.1.4.1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
- 1.1.4.2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

1.1.5. 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 רופא פנימאי מומחה.

1.1.6. 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.

1.1.7. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש בקבלת עירוי דם (AIDS) ו/או

צהבת - נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוטח, שנגרמה באופן בלעדי על ידי עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.

1.1.8. אנמיה אפלטטית- (APLASTIC ANEMIA) כשל של מח העצם

המאובחן כאנמיה אפלטטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרים דם
2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מח עצם
3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים)
4. השתלת מח עצם

1.2. קבוצה שניה:

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

1.2.2. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הנמשך לפחות שישה חודשים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לאירוע של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי ניירולוג מומחה.

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

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

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

1.2.6. **ניוון שרירים חסוג (Amyotrophic Lateral Sclerosis) ALS** - עדות לפגיעה משולבת בניירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי ניירולוג מומחה.

1.2.7. **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).

1.2.8. **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות ניירולוגיות או חוסר ניירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור

חוץ מוחי ועדות לנזק ניירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי ניירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.

1.2.9. **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.**

1.2.10. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק או וירוס כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת ניירולוג 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.**

1.2.11. **דלקת מוח (Encephalitis) - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת ניירולוג מומחה, יותירו נזק ניירולוגי 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.**

1.2.12. **צפדת (טטנוס) (Tetanus) - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.**

1.2.13. **גידול שפיר של המוח - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק ניירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.**

1.2.14. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION) עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת ע"י עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בנגודת 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, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי-
ספיקת לב ימנית.

1.2.15. **כוויות קשות- (SEVERE BURNS)** כוויות מדרגה שלישית
המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

1.2.16. **פגיעה מוחית עקב תאונה – (BRAIN DAMAGE)** פגיעה מוחית
בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידתה
תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה
בהתאם לאמות מידה סטנדרטיות לפגועי מוח.

1.2.17. **תשישות נפש- Dementia** -פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של
המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה
ובשיפוט, ירידה בזכרון לטווח ארוך ו/או לטווח 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 במשך 3
חודשים לפחות.

1.2.18. **נכות רפואית מוחלטת ותמידית** – נכות רפואית העולה על 50% ,
שנקבעה עקב מצב רפואי הנובי ממחלה שהתגלתה לראשונה
בתקופת הביטוח, ושאינה מנויה ברשימת המחלות או האירועים
הרפואיים המוזכרים בפרק זה, או כתוצאה מתאונה שאירעה בתקופת
הביטוח. דרגת הנכות תיקבע על פי המבחנים הרלוונטיים שנקבעו
לפגיעה מהסוג הנדון בחלק א בלבד שבתוספת לתקנה 11 שבתקנות
הביטוח הלאומי (1956), למעט קביעה של אחוזי נכות בגין תקנת
מקצוע (תק'15).

1.3. **קבוצה שלישית:**
1.3.1. **התקף לב חריף/אוטם חריף בשרירי הלב (Acute Coronary Syndrome)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או
מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להתמך ע"י הקריטריונים הבאים:

1.3.1.1. בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או
עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר,
או לרמה שהיא מעל ערכי התקן במעבדה בה נעשתה

בדיקה או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

1.3.1.2. בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 1.3.1.1. לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

1.3.2. **ניתוח מעקפי לב (CABG) - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף שתי חסימה או היצרות בעורק כלילי.** למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

1.3.3. **החלפה או תיקון מסתמי לב (Surgery for Valve Replacement Or Repair) - תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.**

1.3.4. **ניתוח אבי העורקים (Aorta) - ניתוח או צינתור בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.**

1.3.5. **קרדיומיופטיה – מחלת לב כירורגית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment**

1.3.6. **אי ספיקת כליות סופנית (Chronic Renal Failure) - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או צורך בהשתלת כליה.**

1.4. קבוצה רביעית:

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

מקרה הביטוח אינו כולל:

1.4.1.1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ וגידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.

1.4.1.2. מחלות עור מסוג:
(א) Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma ;
(ב) Squamous Cell Carcinoma מחלות עור מסוג
אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

2. הזכות לקבלת סכום הביטוח

2.1 תשלום מקרה ביטוח ראשון

גילוי אחת מן המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי חמור המוגדר והמהווה מקרה ביטוח כמתואר באחת מ- 4 הקבוצות לעיל אצל המבוטח, אשר אירע לראשונה במשך תקופת הביטוח, יזכה את המבוטח בסכום ביטוח אם מולאו תנאי הביטוח וקיימת אבחנה חד משמעית של רופא אשר אושרה על-ידי המבטח על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המפורטים להלן:

א. קיום כל התנאים המגדירים את מקרה הביטוח ואבחנה זו נתמכת בהוכחות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.

ב. סכום הביטוח למקרה ראשון- 50,000 ₪.

2.2 תוקף ההסכם לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון

למבוטח תהיה הזכות להמשיך להיות מבוטח במסגרת הסכם זה גם לאחר קבלת תגמולי ביטוח בין מקרה ראשון. אולם סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 50% מסכום הביטוח הקבוע למקרה ביטוח ראשון.

2.3 תשלום מקרה ביטוח שני

המבטח ישלם למבוטח בגין מקרה ביטוח שני בכפוף לתנאים הבאים:

2.3.1. המבוטח לא זכאי לפיצוי אם מקרה הביטוח השני בגינו תובע המבוטח היא המחלה בה לקה בעבר, לרבות באם המחלה אירעה באיבר אחר בגוף או התגלה במבוטח סוג אחר של אותה מחלה..

3. חריגים כלליים אשר יחולו על פרק זה

המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח על פי פרק זה ונספחיו אם מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

1.1. הגדרת מקרה ביטוח התקיימה לפני תחילת הביטוח או לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.

1.2. אם מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

4. תוקף הכיסוי
למרות האמור לעיל בהסכם, הכיסוי לפרק זה יסתיים בחודש בו מלאו למבוטח
.67

מפרט הפוליסה

תקופת הביטוח: 01/07/2023 ועד 30/06/2028 (5 שנים).

מועד תחילת הביטוח: המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01/07/2023.

להלן פירוט הפרמיה החודשית ב- שם לתכנית הביטוח:

רובד הבסיס הכולל: תרופות מיוחדות, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים ומחילפי ניתוח בחו"ל, התייעצויות עם רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות (לרבות כתב שירות סמארט DR)	
מבוטח עד גיל 67	60
מבוטח מעל גיל 67	110
ילד (עד גיל 26 כולל)	22

רובד הרחבה א' הכולל: ניתוחים בארץ (מהשקל הראשון/משלים שב"ן) ושירותים אמבולטוריים		
סוג מבוטח	שקל ראשון	משלים שב"ן
מבוטח עד גיל 67	155	126
מבוטח מעל גיל 67	297	230
ילד (עד גיל 26 כולל)	35	32

רובד הרחבה ב' הכולל: שירותים אמבולטוריים נוספים ופיצוי בעת גילוי מחלה קשה (עד גיל 67)	
מבוטח עד גיל 67	70
מבוטח מעל לגיל 67 (ללא כיסוי עבור מחלות קשות)	3
ילד (עד גיל 26 כולל)	5

- ✓ כל הפרמיות וסכומי הביטוח צמודים למדד מיום 15/06/2018 שערכו 12352 נק'.
- ✓ ילד - עד גיל 27 (גיל 26 כולל) ילד שלישי ואילך לכל בית אב - ללא עלות.
- ✓ עובד/ת של בעל הפוליסה מתחת לגיל 27 - דמי הביטוח יהיו בהתאם לתעריפים של מבוטח עד גיל 67.
- ✓ העובדים זוכים לתמיכה חודשית בדמי הביטוח מהנהלת האוניברסיטה – מימון של 23 ש"ח לעובד/ת ברובד הבסיס ו- 37 ש"ח לעובד/ת ברובד הרחבה א'.

נתוני הסכם הביטוח והפוליסה

הערות	תנאי הפוליסה	הנושא	סעיף	הסכם / פוליסה
ילד שלישי ואילך חינם	25	"ילד" יחשב עד גיל ("הגיל הקובע"). לאחר מכן ייחשב "ילד בוגר"	2.1	הסכם
	פרקים א' - ה'	רובד הבסיס	3.1.1	הסכם
	פרקים ו' - ז'	רובד ההרחבה א	3.1.2	הסכם
ע"ח העובד/ת אמצעי גבייה אישי	פרקים ח' - ט'	רובד הרחבה ב		
(להלן: "המועד הקובע")	01/07/2023	תאריך התחלת הביטוח	4.1	הסכם
(להלן: "תקופת ההסכם")	30/06/2028	תאריך סיום הביטוח	4.1	הסכם
יבחר על ידי המבטח ויאשר ע"י בעל הפוליסה. לבעל הפוליסה שמורה הזכות בהודעה של 60 יום למבטח על דרישה להחלפת סוכנות הביטוח.	גיל ורדי סוכנות לביטוח	סוכן הביטוח	12.1	הסכם
	15% לתקופה של חמש שנים	הנחה למבטח שעוזב את הביטוח ועובר לפוליסת פרט		

נספח א' - הצהרת בעל הפוליסה

על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)
(ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט - 2009
פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי (קולקטיבי)

שם בעל הפוליסה: אוניברסיטת תל אביב.

הנני מצהיר כדלקמן:

1. בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
2. ההצטרפות לביטוח על פי הפוליסה נעשתה על פי הסכמה בכתב של המבוטחים (במידה והם משלמי הפרמיות או חלקן).
3. בעל הפוליסה מצהיר כי מספר המבוטחים הוא לפחות 50.
4. בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
5. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

נספח ב' - הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לעובדים

שם בעל הפוליסה: אוניברסיטת תל אביב.

אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:

1. הפרמיה בגין רובד הבסיס לכל עובדי בעל הפוליסה ממומנת על ידנו כולל גילום המס.
2. אנו מתחייבים כי במידה והעובד יחוב בתשלום כלשהו בגין הביטוח, לרבות תשלום מס, העובד יוחתם על טופס הצטרפות לביטוח ותינתן הסכמתו המפורשת בכתב לגביית התשלום בו הוא נושא, וזאת בטרם צירפו לביטוח על פי הפוליסה.
3. תשלום הפרמיה על ידנו בגין הביטוח ייעשה לאורך כל תקופת הביטוח כהגדרתה בפוליסה ובמידה ויחול שינוי בעניין זה אנו נודיע על כך למבטח לאלתר.

הנחיות להגשת תביעה להשתלות ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

- יש למלא ולהעביר אלינו את הטופס "תביעה להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל" על שני חלקי-חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח, יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו') בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח, יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.
חלק ג' - נועד למילוי ע"י הרופא המנתח/מטפל בחו"ל. יש לצרף המלצה מרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הנך מבקש לבצע את ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל.
חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לא הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.
תשובה תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.
ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.

שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון *2000
או בדוא"ל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 5 שנים מקרות האירוע הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: www.menora.co.il

הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבוטח/ת נכבד/ה,

תרופות שאינן בסל הבריאות

יש להעביר אלינו את טופס תביעה בו יש למלא את שני החלקים.

- חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
- חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
- חלק ג' - טופס ויתור על סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע"י רופא מומחה, טופס 29ג' וקבלה מקורית (לחלופין ניתן להגיש העתק קבלה + אישור החזר מקופת החולים/גורם אחר)

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל. ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצינו לעיל, עשייה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך. שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים המקוריים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802

*בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון *2000 או בדוא"ל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 5 שנים מקרות האירוע. הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה. טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט www.menora.co.il

הנחיות להגשת תביעה לניתוחים

מבוטח/ת נכבד/ה,

ניתוחים עתידיים

הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש בכוננתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולתנו ללוות לכל אורך הדרך עד לסיום הטיפול בתביעה.

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:

בכל מקרה של צורך בניתוח אנו מציעים כי תפנה באופן מיידי למחלקת תביעות בריאות באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון 03-7107957 או 2000 * או באמצעות פקס שמספרו: 03-7606744

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללות את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*.
2. לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את הטופס על ארבעת חלקיו.
חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.
חלק ג' - נועד למילוי על ידי הרופא המנתח
3. **חלק ד'** - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית. במידת הצורך עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך בירור החבות בתביעה.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת חולים.

תשובה בכתב תשלח אליך תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000
או בדוא"ל: moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 5 שנים מקרות האירוע. הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט www.menora.co.il.

הנחיות להגשת תביעה להחזר הוצאות אמבולטוריות ובדיקות הריון

התייעצות עם רופא מומחה

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות רפואיות אבחנתיות

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול
הטיפול הפנייה.
חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית),
לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.
יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול פיזיותרפיה

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול
הטיפול הפנייה.
חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית),
לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.
יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות הריון

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את חלק א', הכולל את פרטי
המבוטח.
יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול הפריה חוץ גופית

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטחת. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע הפריה חוץ גופית.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול בהתפתחות הילד

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע הטיפול.
חלק ג' קבלת אבחון שבוצע במכון מוסמך.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.
*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט www.menora.co.il

סוכנות גיל ורדי

הסדנא 6 כפר סבא

טלפון: 09-7663000 שלוחה 2, צוות 2

אתר: <https://www.gilvardi.co.il>

סיסמא לאיזור אישי: 31415

מייל ייעודי: tau@gilvardi.co.il

חברת הייעוץ "פרש קונספט"

נשמח לעמוד לרשותכם 073-2291301

www.udif.co.il