

פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות | עדכון יוני 2025

לוועד עובדי הסגל המנהלי באוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם



תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
פתיח	3
אופן הגשת תביעה	4
תמצית פרטי הפוליסה + תיאור הכיסויים על פי תקנות "גילוי נאות"	5
תנאים כלליים של פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי	20
פרק א' - השתלות בחו"ל וניתוחים/טיפולים מיוחדים בחו"ל	40
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	45
פרק ג' - הוצאות רפואיות מיוחדות	49
פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	54
רובד הרחבה	
פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (מ"השקל הראשון") אחידה	57
פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (משלים שב"ן) אחידה	60
פרק ז' - שירותים אמבולטוריים	63
פרק ח' - כתב שירות אבחון מהיר	73

אוקטובר 2022

עובדות ועובדים יקרים,

אנו שמחים לבשר לכם כי לאחר משא ומתן מאומץ ואינטנסיבי חתמנו על הסכם לחידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי של הסגל המנהלי באוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם החל מה-1.11.2022 ול-5 שנים נוספות.

הפוליסה החדשה משתלבת במדיניות הוועד לשיפור רווחת העובדים והיא כוללת תוספות, שדרוגים ועדכונים רבים – כולם לטובתכם!

במשך חודשים ארוכים למדנו את השוק, תוך בחינה מעמיקה של הנושא. בסופו של תהליך גיבשנו תכנית בעלת תנאים ייחודיים בחברת הביטוח "איילון".

התוכנית מעניקה שירותים רפואיים ברמות הגבוהות ביותר, מעבר לסטנדרט של סל הבריאות הממלכתי.

לתשומת ליבכם, רובד הבסיס בביטוח החדש הינו **במימון מלא של ועד ארגון הסגל המנהלי!**

בברכה בריאות שלמה,

ברכה צימרמן

יו"ר ועד ארגון הסגל המנהלי

גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לעובדי אוניברסיטת חיפה הסגל המנהלי ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	השתלול בחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, התייעצויות, חוות דעה שנייה בחו"ל והוצאות רפואיות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון" (אחידה); ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה); שירותים אמבולטוריים; כתב שירות אבחון מהיר.
תיאור הביטוח	<u>רובד בסיס</u> • השתלול וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל - פרק א • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב • התייעצויות, חוות דעה שנייה בחו"ל והוצאות רפואיות - פרק ג • ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ד <u>רובד מורחב</u> • ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל – מהשקל הראשון - פרק ה או • ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן - פרק ו • שירותים אמבולטוריים - פרק ז • כתב שירות אבחון מהיר - פרק ח
תקופת הביטוח	5 שנים: החל מתאריך 01.11.2022 ועד תאריך 31.10.2027 (תקופת ביטוח קודמת 01.01.2018 עד 31.10.2022)
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	תנאים הכלליים – סעיף 20 פרק ב – סעיף 4 פרק ד – סעיף 2 פרק ה – סעיף 4 פרק ו – סעיף 6
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (אכשרה)*	פרקים ה-ו - 90 ימים. למעט בנושאים הקשורים בהריון ולידה – 12 חודשים. פרקים ז - 90 ימים, למעט בנושאים הקשורים בהתפתחות הילד, ובהריון ולידה - 180 ימים.
השתתפות עצמית	<u>פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</u> השתתפות עצמית 250 ₪ לכל מרשם בחודש, המינון לכל מרשם יועד לטיפול של עד שלושה חודשים, ההשתתפות העצמית של מבוטח בחודש לא תעלה על 300 ₪. תרופה למחלת הסרטן שעלותה יותר מ- 2,500 ₪, לא תנוכה השתתפות עצמית. אם המבוטח קיבל את התרופה מהשב"ן ושילם במסגרתה השתתפות עצמית - המבטח ישפה את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. <u>פרק ג - התייעצויות חוות דעת שנייה בחו"ל והוצאות רפואיות</u> השתתפות עצמית של 20%. <u>פרק ד - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</u> סעיפים 1.4.6 א, 1.4.8 – 20% השתתפות עצמית. <u>פרק ז - שירותים אמבולטוריים</u> סעיף 3.20 - 10% השתתפות עצמית סעיף 3.8, 3.10, 3.11, 3.12, 3.24, 3.25, 3.27, 3.29, 3.32, 3.34 – 15% השתתפות עצמית;

השתתפות עצמית	סעיפים 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.17, 3.18, 3.22, 3.26 טיפול, 3.31, 3.33, 3.35, 3.36, 3.37, 3.38, 3.41, 3.42, 3.45, 3.46 – 20% השתתפות עצמית; סעיפים 3.13, 3.14, 3.15, 3.16, 3.26 <u>אביזר</u> - 25% השתתפות עצמית; סעיפים 3.30 – 40% השתתפות עצמית.				
	פרק ח - כתב שירות אבחון מהיר				
	סעיף 3.1 - 160 ₪ השתתפות עצמית				
	סעיף 3.2 - 320 ₪ השתתפות עצמית				
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	סעיף 3.3 - 600 ₪ השתתפות עצמית (בניכוי 320 ₪ - אם שולם).				
	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים				
	עלות הביטוח				
	דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כדלקמן:				
מדד הפרמיה	מבנה הפרמיה	רובד בסיס פרקים א-ד	הרחבה - שקל ראשון (פרקים ה,ז,ח)	הרחבה - משלים שב"ן (פרקים ו,ז,ח)	
		מבוטח עד גיל 66 (כולל)	43 ₪	46.64 ₪	43.47 ₪
		בן/בת זוג; ילד בוגר מגיל 26	53 ₪	154.47 ₪	149.73 ₪
		מבוטח מגיל 67 ואילך	59.80 ₪	175.39 ₪	170.66 ₪
		ילד עד גיל 26	16.50 ₪	199.52 ₪	194.81 ₪
				263.88 ₪	259.21 ₪
ילד עד גיל 26, ילד שלישי ואילך - חינם.					
מדד הפרמיה - פורסם ביום 15.2.2025					
רובד בסיס - פרמיה קבועה. למעט מעבר מילד לבוגר.					

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

התנאים המחייבים הם בהתאם להסכם שנחתם בין איילון חברה לביטוח בע"מ לבין ארגון הסגל המנהלי - אוניברסיטת חיפה.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
פרק א - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל		
השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל <u>סעיף 3.1</u>	שיפוי כללי מרבי להשתלה	בוצעה השתלה בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. בוצעה השתלה בבית חולים שאינו בהסכם - שיפוי עד 5,000,000 ₪.
טיפול מיוחד בחו"ל <u>סעיף 3.2</u>	שיפוי בגין הוצאות טיפול מיוחד בחו"ל	בוצע טיפול/ניתוח מיוחד בחו"ל בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. בוצע טיפול/ניתוח מיוחד בחו"ל בבית חולים שאינו בהסכם - שיפוי עד 1,000,000 ₪.
הוצאות רפואיות נלוות <u>סעיף 3.4.1-3.4.11</u>	- שיפוי בגין הוצאות איתור איבר, לרבות איתור תורם מח עצם, רישום במאגרים בחו"ל, הוצאות רפואיות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או דם היקפי, לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל. - שיפוי בגין הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושטל שימורו והעברתו למקום ביצוע הטיפול הרפואי. - שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית מיוחדת הלוך-חזור לחו"ל כולל ליווי רפואי וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה. - שיפוי בגין הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ומלווה או במקרה של מבוטח קטין לשני מלווים. עד 180 יום לפני מועד ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 ימים לאחר ביצועם. - שיפוי בגין הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע ההשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד. - שיפוי בגין הוצאות טיפולי המשך הנדרשים למבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל שנעשים בארץ או בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי. - שיפוי בגין הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.	עד 210,000 ₪ עד 210,000 ₪ עד 100,000 ₪ עד 1,000 ₪ ליום למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג מלווים ועד תקרה של 200,000 ₪. לטיפול מיוחד בחו"ל - עד 150,000 ₪. להשתלה עד - 200,000 ₪.

עד 150,000 ₪. 50,000 ₪. 10,000 ₪ 150,000 ₪	• שיפוי בגין הוצאות רפואיות אחרות החיוניות לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. • שיפוי בגין הוצאות מעקב, ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל לאחר השתלה או טיפול מיוחד, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד. • פיצוי בגין טיפול מיוחד בחו"ל. • פיצוי במקרה מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.	הוצאות רפואיות נלוות סעיף 3.4.1-3.4.11
400,000 ₪.	פיצוי למבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמית, הפיצוי ישולם תוך 7 ימים מהיום בו הציג אישור של מרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה או אישור משני רופאים ישראליים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד על הצורך בביצוע ההשתלה. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו יאשר שמיצה את זכויותו בעניין ההשתלה או קבלת פיצוי.	תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה סעיף 3.5
350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל.	פיצוי למבוטח אשר ביצע השתלה בחו"ל, למעט השתלת קרנית ו/או השתלת מח עצם עצמית, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.	תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה סעיף 3.6
7,500 ₪ לחודש למשך 12 חודשים. 3,750 ₪ לחודש למשך 12 חודשים.	• שיפוי למבוטח אשר עבר השתלה (למעט השתלת קרנית, מח עצם עצמית) או טיפול מיוחד בחו"ל. המרותק למיטתו ונזקק לשירותי מטפל. • שיפוי למבוטח אשר עבר השתלה (למעט השתלת קרנית, מח עצם עצמית) או טיפול מיוחד בחו"ל. השהיה באשפוז בבית חולים בתקופה שעד ביצוע ההשתלה בפועל. • התנאי לקבלת הגמלה - קבלת אישור בכתב מהמרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלה.	גמלה החלמה למועמד להשתלה סעיף 3.7
7,500 ₪ לחודש החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה ולמשך 24 חודשים. 4,000 ₪ לחודש למשך 3 חודשים.	• פיצוי חודשי למבוטח אשר עבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל. • פיצוי למבוטח אשר עבר השתלת קרנית ומח עצם עצמית.	גמלה החלמה לאחר השתלה סעיף 3.8
עד 50,000 ₪ עד 40,000 ₪ למבוטח ומלווה, ועד 60,000 ₪ לשני מלווים. עד 100,000 ₪ עד 1,000 ₪ ליום למלווה, ועד 1,500 ₪ לשני מלווים ועד 60 ימים.	שיפוי בגין הוצאות נלוות למבוטח אשר נדרש לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת הסרטן והטיפול ממומן ע"י גורם שלישי. • שיפוי בגין איתור המוסד הרפואי, מקום הניסוי, עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן. • שיפוי בגין הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול. • שיפוי בגין הוצאות הסטה רפואית כולל ליווי רופא וציוד רפואי נדרש, והוצאות העברה יבשתית סבירות. • שיפוי בגין הוצאות שהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול.	טיפול ניסיוני בחו"ל סעיף 3.9

150,000 ₪	פיצוי במקרה מוות כתוצאה או במהלך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל תוך 7 ימים מיום הניתוח (כולל), ובתנאי שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח.	פיצוי במקרה מוות כתוצאה מההשתלה או טיפול מיוחד <u>סעיף 3.10</u>
בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצוע ההשתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות ע"פ הדין החל באותה מדינה; ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.		
פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות		
עד 3,000,000 ₪. מתחדש כל 30 חודשים. עד 1,000,000 ₪ עבור תרופה לסרטן, הגדלת סכום עד 2,000,000 ₪ אם יוכח שהטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות. הסכומים הנ"ל הם לכל תקופת הביטוח. עד 600,000 ₪ לתרופה שאינה לסרטן. עד 40,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	• שיפוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואושרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה. • כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות. • תרופת יתום. • תרופה המוגדרת כ-off label. • תרופה מכוח סעיף 29 ג' • בדיקה גנומית	תרופות שלא בסל הבריאות <u>סעיף 3.1-3.7</u>
עד 200 ₪ לכל טיפול ועד 60 טיפולים.	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה.	טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה <u>סעיף 3.8</u>
פרק ג - התייעצויות, חוות דעת שנייה בחו"ל, הוצאות רפואיות		
עד 1,000 ₪ להתייעצות, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות 2 התייעצויות או אבחונים עם רופא מומחה בישראל במהלך שנת ביטוח, לרבות גנטיקאי, פרמקולוג ופסיכיאטר, כולל גיניקולוג מומחה שאינו הרופא הקבוע המטפל בשגרה (לא כולל התייעצות עם רופא משפחה או רופא ילדים).	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח <u>סעיף 1.1</u>
• עד 7,200 ₪. • שיפוי מלא. • עד 1,000 ₪ ליום.	• שיפוי בגין הוצאות עבור חוות דעת שנייה בחו"ל ובלבד שההתייעצות נעשתה אצל רופא מומחה בתחום. • במידה וחוות הדעת בוצעה דרך המבטח. • אם המבוטח ידרש לטוס לחו"ל בכדי לקבל את חוות הדעת, יכוסו הוצאות עד 7 ימים.	חוות דעת שנייה בחו"ל <u>סעיף 1.2</u>
שיפוי המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד סכום של 50,000 ₪	שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה או אירוע רפואי מתוך 35 מחלות או אירועים רפואיים המפורטים בפרק ג'.	הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה או אירוע רפואי <u>סעיף 1.2</u>

פרק ד - ניתוחים ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל <u>סעיף 1.3</u>	ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח. שכן רופא מנתח; שכן מרדים; הוצאות חדר ניתוח; אשפוז ושהייה לרבות טיפול נמרץ; שתל; הוצאות בגין בדיקה פתולוגית; ייעוץ לפני ניתוח; פיזיותרפיה; בדיקות מעבדה; הדמייה; תרופות לצורך ביצוע הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת שתידרש לצורך מצבו הרפואי של המבוטח ע"י הצוות הרפואי במהלך האשפוז.	בוצע ניתוח ו/או מחליף ניתוח עם ספק הסדר ובתיאום מראש עם המבטח - שיפוי מלא. בוצע ניתוח ו/או מחליף ניתוח עם ספק שאינו בהסדר וללא תיאום מראש עם המבטח - שיפוי עד תקרה של 350,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ. הגבוהה מביניהם. עד 85,000 ₪.
הוצאות רפואיות נלוות <u>סעיפים 1.4.1 - 1.4.5</u>	- שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית מיוחדת אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל כולל ליווי רופא וציוד רפואי. - שיפוי בגין הוצאות טיסה. - שיפוי בגין ושהייה בחו"ל במקרה של ניתוח ו/או תחליף ניתוח אשר היה כרוך באשפוז מעל 7 ימים או יותר. מובהר כי חבות המבטח עבור הכיסויים לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי. - שיפוי בגין הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חס וחלילה כתוצאה מביצוע הניתוח. - שיפוי בגין הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל למבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל. - שיפוי בגין הוצאות שהייה לאחר הניתוח למבוטח שנדרש להישאר בקרבת ביה"ח ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח.	הוצאות טיסה פעם אחת בלבד בהתאם להוצאה בפועל, למבוטח ומלווה יחיד או למבוטח קטין ושני מלווים. הוצאות שהייה עד 800 ₪ ליום למבוטח ומלווה יחיד ועד 1,200 ₪ למבוטח קטין ו-2 מלווים. עד 120,000 ₪. עד 800 ₪ ליום למבוטח ומלווה אחד ועד 1,200 ₪ למבוטח ושני מלווים ועד 30 ימים.
<u>סעיף 1.4.6</u>	- שיפוי בגין הוצאות התייעצות ו/או ביקורת בחו"ל במהלך שנה שלאחר ביצוע הניתוח. - שיפוי בגין הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל בטיסה סדירה - שיפוי בגין הוצאות שהייה של מבוטח ומלווה אחד (2 במקרה קטין) לתקופה של עד 5 ימים.	עד 10,000 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. עד 10,000 ₪. עד 10,000 ₪.
<u>סעיף 1.4.7</u>	פיצוי במקרה מוות כתוצאה ישירה מהניתוח במהלך 7 ימים לאחריו. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל.	עד 200,000 ₪.

180 ש" לטיפול ועד 12 טיפולים, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות עבור ריפוי בעיסוק עקב הניתוח - עד שנה ממועד הניתוח.	סעיף 1.4.8
עד 800 ש" ליום ועד 5 ימים.	שיפוי בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה עקב ניתוח אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר ועד 30 ימים ממועד השחרור מבית החולים.	סעיף 1.4.9
עד 600 ש" ליום ועד 8 ימי אשפוז.	שיפוי בגין הוצאות שכר אחות/פרטית לאחר ניתוח בבית חולים.	סעיף 1.4.10
	שיפוי בגין הוצאות שירותי אמבולנס העברת המבוטח לבית חולים או בין בתי חולים בחו"ל.	סעיף 1.4.11
250,000 ש" .	פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס B כתוצאה מניתוח.	סעיף 1.4.12
עד 3,000 ש" ועד 24 חודשים.	פיצוי בגין אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח.	סעיף 1.4.13

פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"השקל הראשון" (אחידה)

לנותן השירות שבהסכם - שיפוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם - עד תקרת ספק שירות שבהסכם, כפי שמפורסם באתר האינטרנט של המבטח. לנותן השירות שבהסכם - שיפוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם עד 1,500 ש" .	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. שכר מנתח; שכר מרדים; הוצאות חדר ניתוח; הוצאות אשפוז. עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח; הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח והאשפוז; שתלים; תרופות במהלך אשפוז; טיפול מחליף ניתוח. התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח - עד 3 התייעצות בשנת ביטוח	ניתוח או מחליף ניתוח בארץ סעיף 2 - 3
---	---	---

לתשומת ליבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. דע לך שאם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים שונים ואף ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת חולים טרם הפניה לחברת הביטוח.

פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי משלים שב"ן (אחידה)

לאחר מיצוי השב"ן זכאות להשתתפות בגין ההוצאות המוכרות. רק מעבר למלוא הזכויות במסגרת השב"ן. במקרה של דחייה מהשב"ן וכן מקרים של מבוטחים בשירות סדיר אצל נותן שירות בהסכם - יינתן שיפוי מלא. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד סכום הביטוח המירבי הקבוע כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח. לכל התייעצות עד 1,500 ש" .	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח ו/או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. • התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח, טיפול מחליף ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח. • שכר מנתח; • שכר מרדים; • הוצאות חדר ניתוח; • הוצאות אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח, טיפול מחליף ניתוח; • הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח, טיפול מחליף ניתוח; שתלים; • תרופות במהלך אשפוז.	ניתוח או מחליף ניתוח בארץ משלים שב"ן - סעיף 3
--	--	--

לתשומת ליבך, למימוש כסיו בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים) חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל שנגרמו לך כתוצאה מהניתוח (המכוסה על פי הפוליסה) לאחר השתתפות תכנית השב"ן בקופת החולים וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

פרק ז - שירותים אמבולטוריים

עד 1,000 ₪ להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות התייעצות או אבחונים עם רופא מומחה, גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר, גינקולוג מומחה לצורך מעקב היריון שאינו רופאו הקבוע בדרך שגרה, רופא ילדים מומחה לצורך בירור בעיה רפואית חריגה שאינו רופאו הקבוע בדרך שגרה – עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח.	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח <u>סעיף 3.1</u>
בכפוף להשתתפות עצמית של 20% או 150 ₪, הגבוה מביניהם.	שיפוי בגין הוצאות בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמייה, כולל אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.), בדיקת טומוגרפיה (P.E.T), Wireless Endoscopy), תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל. ובלבד שהבדיקה בוצעה על פי הפניית רופא מומחה בכתב.	בדיקות רפואיות אבחנתיות <u>סעיף 3.2</u>
עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל לרבות בדיקה פתולוגית לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נידרש ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום.	חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית <u>סעיף 3.3</u>
עד 3,000 ₪, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות חוות דעת שנייה אצל רדיולוג מומחה לשם פיענוח בדיקות הדמייה.	חוות דעת שניה לפענוח בדיקות הדמיה <u>סעיף 3.4</u>
עד 200 ש"ח לטיפול ועד 20 טיפולים לשנת ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה לרבות במים מתוקים או מלוחים ובלבד שהטיפול המוצע ע"י רופא מומחה. יובהר כי לא יכוסו שיעורי שחייה.	טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים <u>סעיף 3.5</u>
עד 250 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים לשנת ביטוח. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	• שיפוי בגין הוצאות טיפולי שיקום וסיעוד על פי הוראת רופא כגון: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, הסרת תפרים, הכנסת קטטר וזונדה, חידוש חבישות, ריפוי בעיסוק. • שיפוי בגין הוצאות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוזו בבית חולים לאחר ביצוע ניתוח. יובהר כי לא יכוסו טיפולים שניתנו בבית חולים שיקומי.	טיפול שיקום וסיעוד <u>סעיף 3.6</u>
עד 2,000 ₪ לכל תקופת השיקום בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות שיקום דיגיטלי למבוטח שעבר ניתוח להחלפת פרק ירך ו/או פרק ברך ו/או לאחר אירוע מוחי ו/או לאחר ניתוח לב ויבצע את השיקום בביתו באמצעות מערכת טלמדיסין אשר מנחה את החולה ומדריכה אותו באמצעות אפליקציה ממוחשבת מפוקחת על ידי פיזיותרפיסט שיקומי.	שיקום דיגיטלי לאחר ניתוח גדול <u>סעיף 3.7</u>

עד 5,000 ש לחודש ועד 20,000 ש למקרה ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי בגין הוצאות שירותי ליווי מקצועי מצוות מולטי דיציפלינרי הכולל רופא מומחה, עובד סוציאלי, ו/או פסיכולוג ו/או אחות, למבוטח אשר אובחן כחולה במחלת הסרטן או עבר אירוע מוחי, לצורך קבלת מידע וסיוע רפואי ו/או סיעודי ו/או רגשי בעת ההתמודדות עם המחלה בשלביה השונים כולל בשלב של מחלה סופנית.	ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה סעיף 3.8
עד 4,000 ₪ לכל עין.	שיפוי בגין הוצאות ניתוח לייזר להסרת משקפיים, ובלבד שקיימת אינדיקציה רפואית מובהקת מאושרת בכתב על ידי רופא עיניים שאינו הרופא המבצע את הטיפול, לצורך בקימו של הניתוח.	ניתוח לייזר להסרת משקפיים סעיף 3.9
עד 120,000 ₪ לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולים אונקולוגיים, טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים או גלי קול או גלים מגנטיים או זרם חשמלי לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות קסדת novocure או דומה לה, טיפולי הימופילטרציה, טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביו רדיואקטיבי, טיפולים בקרין, וטיפולים בקירור למניעה של נשירת שיער וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לרבות החדרת ג'ל להפחתת רמות קרינה באברים סמוכים והחדרת גרגירי זהב להעלאת רמת הדיוק של הקרינה. כמו גם בדיקות הדמיה עם סומטוסטטין. כמו גם שמירת מח עצם ו/או הקפאת ביציות וזרע לשימור אצל חולה אונקולוגי לטיפולים שעבר בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך לטיפול נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.	טיפולים ובדיקות אונקולוגיות סעיף 3.10
עד 30,000 ₪ למקרה ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי בגין הוצאות בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית לאבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולים לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מיון ו/או שינוי בטיפול, בדיקות נשאות גנטית של המבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה מחלה. ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב. יובהר כי לא יאושרו בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה מי שפיר תחת סעיף זה.	בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות סעיף 3.11
עד 5,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי בגין הוצאות טיפול באמצעות אוזון, תא לחץ, מאקרופגים או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת.	טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים סעיף 3.12
75% מההוצאה ועד סך כולל של 3,600 ₪.	שיפוי בגין הוצאות מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה.	מנוי לשירותי משדר קרדילוגי סעיף 3.13
75% מההוצאה ועד 300 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.	שיפוי בגין הוצאות התעמלות שיקומית לאחר ובסמוך למועד השתלת לב או הניתוח או האירוע הלבבי ובתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית.	התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב או אירוע לבבי סעיף 3.14

עד 700 ₪ ליום ועד 14 ימים. 700 ₪ לכל יום טיפול ועד 21 ימים.	שיפוי בגין הוצאות שהייה במוסד החלמה ובתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימותרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תוכנית ייעודית לחולים אונקולוגים, שאינו בית הבראה או בית מלון. בניתוח גדול - בתנאי שהשהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים. במקרה סרטן - רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא להחלמה אונקולוגית.	החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן <u>סעיף 3.15</u>
עד 4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%.	שיפוי בגין הוצאות עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ובלבד שהבדיקה / טיפול לצורך התאמת האביזר בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.	טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה <u>סעיף 3.16</u>
עד 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות טיפולי שיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח באובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראייה.	שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia <u>סעיף 3.17</u>
עד 750 ₪ ליום ועד 14 ימים בשנת ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. סך 2,500 ₪ לכל תקופת האשפוז ולא יותר מההוצאה בפועל, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות שכירת אחרות/פרטי לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו לאחר אשפוז (ללא קשר לביצוע הניתוח). שיפוי בגין הוצאות שדרוג חדר האשפוז לחדר פרטי (ליחיד).	אחרות פרטיות <u>סעיף 3.18</u>
עד 8,000 ₪ לשנת ביטוח	שיפוי בגין הוצאות עבור אביזר רפואי, כולל במהלך אשפוז, כגון: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות במקרה של: קרטוקנוס, קוצר ראייה מעל 7, השתלת קרנית וריפוי קרנית, עדשה טלסקופית ולמבוטח עם אסטיגמזיה (צילינדר), שתל קוקליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים, כולל חולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, גלוקומטר, חגרות בקע, מקלונים לבדיקת סוכר, או כל אביזר אחר עפ"י המלצת רופא מומחה בתחום.	אביזרים רפואיים <u>סעיף 3.19</u>

בכפוף להשתתפות עצמית של 10%. עד 2,000 ₪. עד 10,000 ₪. עד 35,000 ₪. עד 15,000 ₪	שיפוי בגין הוצאות פעולה להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסת תלת מימד של אברים להמחשה הנדרשים להכנת 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. • הדמיית תלת מימד • הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה. • הדפסת תלת מימד של האיבר להשתלה. • הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח.	הדפסת אברים <u>סעיף 3.20</u>
עד 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.	שיפוי בגין הוצאות טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות ו/או מחלת עור ובכפוף להפניית רופא מומחה.	חדר מלח <u>סעיף 3.21</u>
עד 7,000 ₪ ל-30 חודשים, יתחדש לתקופה נוספת ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות שיקום הליכה ויציבה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, או טיפול בג'רוטוניק/בגירוקיזיס, לטיפול בהפרעה נוירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה כגון פגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי ו/או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. בכפוף להפניה בכתב מרופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום.	שיקום הליכה ויציבה <u>סעיף 3.22</u>
עד 400 ₪ ליום.	פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, החל מהיום השלישי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 ימים.	פיצוי בגלי אשפוז שלא כתוצאה מניתוח <u>סעיף 3.23</u>
עד 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי בגין הוצאות להזרקת חומרי סיכון למפרקים לרבות עמוד שדרה כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP: לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.	הזרקת חומרי סיכון למפרקים <u>סעיף 3.24</u>
עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם. שיפוי גם בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים). מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.	טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות המפרקים וברקמות הרכות <u>סעיף 3.25</u>

עד 1,500 ₪ לטיפול ועד 10,500 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. 75% מעלות האביזר ולא יותר מ-30,000 ₪.	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולים להקלת כאב לרבות ולא רק כאב גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלם, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב, משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הנירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה. שיפוי בגין הוצאות אביזר. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.	טיפול בכאב <u>סעיף 3.26</u>
עד 6,000 ₪ לכל הזרקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי בגין הוצאות עבור הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.	הזרקות <u>סעיף 3.27</u>
עד 6,000 ₪ לכל הזרקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל.	שיפוי בגין הוצאות עבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים). מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.	הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה <u>סעיף 3.28</u>
עד 2,000 ₪ להזרקה. עד 10,000 ₪ לסדרת הזרקות (הזרקה+חומר מוזרק) בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי בגין הוצאות עבור הזרקות לעין. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.	הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית <u>סעיף 3.29</u>
40% מעלות הטיפול שניתן למבוטח, על פי מחירון משרד הבריאות לאותו הטיפול.	שיפוי בגין הוצאות טיפול רפואי חודרני באמצעות רובוט. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.	שימוש ברובוט לצורך רפואי <u>סעיף 3.30</u>
עד 1,000 ₪ לחודש ועד 25,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות טיפול בקנאביס רפואי. ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאשר במסגרת הכיסוי להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה.	קנאביס רפואי <u>סעיף 3.31</u>

עד 200 ש"ח לביקור ועד 2 ביקורים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי בגין הוצאה עבור שירות ביקור רופא בבית. הביקור יכלול בין היתר, בדיקה גופנית, לרבות שימוש במכשירי עזר, קביעת אבחנה רפואית, מתן תרופה ראשונית, הפנייה להמשך טיפול אצל רופא המשפחה/רופא מומחה ו/או הפנייה למיון.	ביקור רופא סעיף 3.32
עד 2,500 ש"ח לתקופת של 30 חודשים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות אבחון לילד מבוסס עד גיל 18, באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד.	אבחון בעיות התפתחות ילדים סעיף 3.33
עד 150 ש"ח לטיפול ועד 16 טיפולים בשנה. השתתפות ב-2 טיפולים בתקופת הביטוח ועד 700 ש"ח לטיפול.	שיפוי בגין טיפולים בהתפתחות לילד מבוסס שואבן ע"י מומחה לנירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות/או טיפולים בהפרעות אכילה. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, שחיה/ספורט טיפולי/ת ו/או באמצעות בעלי חיים. שיפוי בגין עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5.	טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים סעיף 3.34
עד 200 ש"ח ליום.	מבוסס שנעדר מלימודיו בבית ספר (יסודי ועד תיכון) כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יבואו במניין ימי ההיעדרות לצורך הפיצוי).	פיצוי בגין היעדרות מלימודים סעיף 3.33
עד 1,200 ש"ח לכל הבדיקות, כל שנתיים ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	שיפוי הוצאות בגין בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), אחת לשנתיים, אשר כוללת בין היתר את הבדיקות הבאות: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב א.ק.ג. ו/או ארגומטריה.	בדיקת סקר תקופתית סעיף 3.34
עד 350 ש"ח לבדיקה, ועד 3 בדיקות לתקופת של 30 חודשים. מתחדש כל 30 חודשים, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות למבוסס לבדיקות הכוללת ממוגרפיה, אקו לב ודופלר צווארי, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות.	רפואה מונעת מגיל 50 ואילך סעיף 3.35
80% מההוצאה ועד 6,000 ש"ח להריון; עבור ייעוץ גנטי 80% מההוצאה ועד 2,000 ש"ח להריון.	שיפוי בגין הוצאות לבדיקות הריון כמוגדר בסעיף 1.3 בתנאי הפוליסה. שיפוי בגין הוצאות בדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמפורט בסעיף 1.4 בתנאי הפוליסה. בהריון מרובה עוברים התקרות תהייה 175% מהתקרות הנקובות לעיל.	בדיקות, ושירותים וטיפולים להריון סעיף 3.36
עד 4,000 ש"ח למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי בגין הוצאות הפסקת הריון על רקע רפואי עד לשבוע שביעי להריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה.	הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין סעיף 3.37

שיפוי בגין הוצאות עבור איסוף ושימור דם טבורי.	שימור דם טבורי <u>סעיף 3.38</u>
עד 4,000 ₪ להריון ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	
שיפוי בגין הוצאות עבור אשפוז כתוצאה משמירת הריון, ו/או מסיבוכי הריון או לידה לתקופה העולה על 10 ימים.	אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון <u>סעיף 3.39</u>
עד 400 ₪ לכל ביקור ועד 3 ביקורים לכל הריון.	מעקב הריון <u>סעיף 3.40</u>
שיפוי בגין הוצאות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון.	
שיפוי בגין הוצאות עבור בדיקות ו/או טיפולי פריון, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות, כולל לצורך שימור ו/או פעולות חודרניות ברחם ו/או או בחצוצרות ו/או פעולות חדרניות באשך, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע, למבוטח/ת ו/או בן/בת הזוג להורות וכל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטח/ת ו/או בת הזוג להורות להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול. יודגש במידה ונדרש הליך כירורגי לצורך פריון והפריה, המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצועו.	טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל <u>סעיף 3.41</u>
שיפוי בגין הוצאות עבור בדיקות רפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות כגון: כולל בדיקות טרום הריון ובדיקות גנטיות וטיפולי IVF, שבוצעו לצורך הפונדקאות ובתנאי שהפונדקאות, אם התקיימה בישראל, נעשתה ע"פ הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010.	מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל <u>סעיף 3.42</u>
שיפוי בגין הוצאות עבור יעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי.	יעוץ / טיפול פסיכולוגי <u>סעיף 3.43</u>
עד 240 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח.	
שיפוי בגין הוצאות עבור יעוץ / טיפול הניתן ע"י רופא פסיכיאטר.	יעוץ פסיכיאטרי <u>סעיף 3.44</u>
עד 640 ₪, לפגישה ועד 4 פגישות בכל שנת ביטוח.	
שיפוי בגין הוצאות עבור אביזרים הנדרשים למבוטח לאחר ניתוח לצורך הגנה על האיבר המנותח.	אביזרים לאחר ניתוח <u>סעיף 3.45</u>
עד 2,500 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	
שיפוי בגין הוצאות טיפולי רפואה משלימה על פי הפירוט רשימת הטיפולים בפוליסה ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה או רופא משפחה לקבלת הטיפול, בה תצוין מהות הבעיה שבגינה נדרש הטיפול. עבור טיפול ויעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה.	רפואה משלימה <u>סעיף 3.46</u>
עד 160 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	

פרק ח - כתב שירות אבחון מהיר

160 ₪ השתתפות עצמית. 320 ₪ השתתפות עצמית. 600 ₪ השתתפות עצמית. (בניכוי סך של 320 ₪ ככל ששולם כאמור לעיל).	כתב שירות אבחון מהיר באמצעות ספק השירות פמי פרימיום בע"מ. אבחון רפואי ולא בדיקות אבחנתיות ראשוניות. בדיקות אבחנתיות נוספות, למעט PET CT. בדיקת PET CT.	<u>סעיף 3.1</u> <u>סעיף 3.2</u> <u>סעיף 3.3</u>
--	--	---

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לחברי וגמלאי ארגון הסגל המנהלי של אוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח.

- 1.1. **"החברה" או "המבטח"** – איילון חברה לביטוח בע"מ
- 1.2. **"הפוליסה"** – חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. **"תאריך תחילת הביטוח"** – 1.11.2022
- 1.4. **"תאריך הצטרפות"** – התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.5. **"הסכם הביטוח"** – חוזה הביטוח מיום 24.8.22 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.6. **"שנת ביטוח"** – תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.7. **"בית חולים"** – מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש.
- 1.8. **"בית חולים ציבורי"** – בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.9. **"בית חולים פרטי"** – בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/שר"ן ו/או קרנות מחקר. יובהר שהגדרה זו אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מ"השקל הראשון" ומשלים שב"ן).
- 1.10. **"בית חולים שבהסכם"** – בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.8 ו-1.9 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח. מובהר כי למבטח הסכמים עם כל בתי החולים הפרטיים בישראל.
- 1.11. **"מעבדה"** – מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.12. **"ישראל"** – מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.13. **"חו"ל"** – כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.14. **"רופא מומחה"** – רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.15. **"מנתח הסכם"** – רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל ואשר קשור 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 הכוללת בין השאר הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.21. **"נותן שירות בהסכם"** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.22. **"אח/ות"** - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.23. **"שתל"** - כל איבר, 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 או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכון המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסרטקס) 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 המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים. **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 - חדירית (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. כמן כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, 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" יכלול 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 20/2004 "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 מבוטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבוטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ואינו הרופא אשר מבצע את הטיפול בפועל. ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל. יובהר כי כאשר לא קיים ניתוח המאפשר טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והטיפול הרפואי האפשרי הוא טיפול שאינו ניתוח, יוגדר הטיפול כתחליף ניתוח. **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, על בסיס המלצה של רופא מטעם המבוטח מקנה למבוטח 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 ואשר אינו קובבנציונאלי ו/או אינו מקובל לפי אמות מידה מקובלות בישראל.
- 1.30. **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול 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 והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ.
- 1.33. **"גיל" או "גיל המבוטח"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.34. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.35. **"בעל הפוליסה"** – מי שהמתקשר עם המבוטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או בנות. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת, והכל בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצת.
- 1.36. **"העובדים"** – עובדי הסגל המנהלי של אוניברסיטת חיפה.
- 1.37. **"מבוטחים קיימים"** – מי שהיו מבוטחים בביטוח הקודם ערב כניסה לביטוח החדש.

- 1.38. **"מבוטחים/חדשים"** – עובדים וגמלאים חדשים שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה, ועובדים וגמלאים קיימים שלא היו מבוטחים בביטוח הקודם ועובדים שחזרו מחל"ת ו/או חל"ד, בתנאי שבמועד תחילת ביטוח זה היו בחל"ת או חל"ד, ובני משפחותיהם של כל אלה.
- 1.39. **"בני משפחה / בני משפחותיהם"** – בני/בנות זוגם של העובד/הגמלאי (כולל בני אותו המין), לרבות ידועה/בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים וילדיהם (הנכדים) ושאיירים של גמלאי/עובד שנפטר.
- 1.40. **"שב"ן"** – תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.41. **"חוק הביטוח"** – חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981.
- 1.42. **"חוק הבריאות"** – חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
- 1.43. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** – הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט – 2009.
- 1.44. **"קופת חולים"** – תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. המבטח יסתמך בקביעת זכאות המבוטח לטיפול הרפואי על פי תנאי הפוליסה על קביעות רפואיות של קופת חולים.
- 1.45. **"וועדת הליסיניק"** – ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).
- 1.46. **"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 צורך 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.
- 1.47. **"גיל הפרישה המוקדמת"** – זכאות לקבלת גמלה מגיל 60, לגבר או אישה, כמשמעותו בסעיף 5 – לחוק גיל פרישה התשס"ד – 2004.
- 1.48. **"גמלאי"** – עובד הסגל המנהלי של אוניברסיטת חיפה 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.
- 1.49. **"דמי הביטוח" או "הפרמיה"** – הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 1.50. **"סכום ביטוח"** – הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
- 1.51. **"דף פרטי הביטוח"** – דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.52. **"תקופת (ה)בדיקה"** – תקופה של 30 חודשים ממועד תחילת פוליסה זו.

1.53. **"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.

1.54. **"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.

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

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

1.57. **"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 והמיידי לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות י"חשבו כ"תאונה".**

1.58. **"ידוע בציבור"** - בני / בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד, בכפוף להצהרה בכתב של המבוטח הראשי על כך.

2. תקופת הסכם הביטוח

2.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה מיום 1.11.2022 וסיומה ביום 31.10.2027 (להלן: **"תקופת ההסכם"** ו/או **"תקופת הביטוח"**).

2.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

2.3. במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תוקף הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים לתנאי הפוליסה בתקופת ההסכם.

2.4. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן) כאמור לעיל יחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן), אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

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

3. אופן ההצטרפות

3.1. **מבוטחים קיימים** יצורפו לביטוח אוטומטית ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, בהתאם לרובד הביטוחי בו היו מבוטחים בביטוח הקודם ובכפוף להוראות הד"ן, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

מועד תחילת הביטוח עבור המבוטחים הקיימים יהיה המועד בו הצטרפו לראשונה לביטוח הקודם. מבוטחים קיימים שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוח, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים ממועד תחילת הפוליסה.

3.2 **מבוטחים חדשים** יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שימלאו טופס הצטרפות ויממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל העובד החדש לעבוד אצל בעל הפוליסה ו/או הגמלאי פרש לגמלאות, או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה, או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או חל"ד, כאשר מועד תחילת החל"ד/חל"ת היה לפני תאריך תחילת ביטוח זה. מועד הצטרפותם לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרפו להסכם הביטוח בפועל.

3.3 **עובד שנישא או הפך לידוע בציבור** בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה, לרבות ילדים בוגרים ובני משפחותיהם, בתוך 90 יום ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הצירוף בפועל.

3.4 **תינוק שנולד למבוטח או שאומץ** ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו המבוטח, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הולדת הילד או יום אימוצו. מובהר כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח הפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה, ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר, החל מהתאריך בו הגיעו לגיל בוגר כמוגדר לעיל.

3.5 **עובד/חבר** אשר יבקש להצטרף לכל אחד מפרקי/מרבדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים/חברים/גמלאים הנדרשים למלא הצהרת בריאות, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לפוליסה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 ימי עסקים ממועד קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח.

3.6 מבוטחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששמים נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. במידה והמבוטח הראשי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גביה אישי.

3.7 **צירוף בני משפחה** של עובד בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד, למעט במקרה בו העובד נדחה מהביטוח או מבוטח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר הכולל את הכיסויים הכלולים בביטוח הקבוצתי.

3.8 יובהר כי **גריעת מבוטח** מקובץ המבוטחים ו/או אי הוספת מבוטח לקובץ המבוטחים, אשר נגרמה בטעות ו/או בתום לב ו/או עקב השמטה מקרית ו/או בלתי מכוונת, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה ו/או הסוכן אישור בכתב, המאשר את העובדה שגריעתו או אי הוספתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.

3.9 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.

3.10. 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 וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.

3.11. על אף האמור לעיל, **עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר**, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לפרקי כיסוי חופפים ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים או צילום מסך מ"הר הביטוח" המעיד על תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לפרקי הכיסוי החופפים ולא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על פרקי הכיסוי החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן חחרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. יובהר כי המבטח לא יכסה מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת וכן כי מתן הרצף יהא בכפוף לקבלת הבקשה להצטרפות בתקופה בה מתאפשר צירוף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות.

3.12. מבוטח שהוא **עמית בתכנית שבין** יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השבין לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").

3.13. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, וישלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלח המבטח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3.14. **צירוף מבוטח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:**

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

- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד1(ג) לחוק עובדים זרים;
- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים

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

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

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

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

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.

3.15. חובת הגילוי

3.15.1 (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.

(ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

3.15.2 (א) אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ולא למבוטח.

(ב) ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

(ג) קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:

- (1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- (2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים

יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

3.15.3 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.15.2. לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה: א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה; ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו

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

רובד בסיס:

- (א) **מבוטח קיים** - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- (ב) **עובד / חבר חדש** - הראשון (1) לחודש בו נרשם בקובץ המבוטחים.
- (ג) **בני משפחה** - הראשון (1) לחודש בו הוגשה בקשת הצטרפות.
- (ד) **עובד ו/או בן משפחה** שנדרש במילוי הצהרת בריאות - הראשון (1) לחודש בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

רובד הרחבה:

- (ה) **מבוטחים קיימים** - הראשון (1) לחודש בו מילא העובד טופס הצטרפות.
- (ו) **עובד חדש ובני משפחתו** - הראשון (1) לחודש בו מילא העובד טופס הצטרפות.
- (ז) **עובד ו/או בן משפחה** שנדרש במילוי הצהרת בריאות – הראשון (1) לחודש בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

4.2. 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"גמלאי", 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) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח בכתב, 3 ימים לאחר קבלת הודעת הביטול.
- (ה) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד [או גמלאי] – 60 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 26, ישלח המבטח הודעה בה יעדכן את העובד / החבר על הגעת הילד לגיל 26 ואודות עליית התעריף. במידה והעובד / החבר בחר שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר, יוכל הילד הבוגר לבחור להמשיך בביטוח פרטי בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט.

5. ביטוח בעת חל"ת / חל"ד

עובד ובני משפחתו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא העובד בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954 ו/או בחל"ת של העובד, בתנאי שבמהלך חופשת הלידה ו/או החל"ת, שמם יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה ו/או שהפרמיה החודשית תשולם ישירות ע"י העובד באמצעות כרטיס אשראי או באמצעי גביה אישי אחר.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות)

- 6.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין, רילוקיישן, או פרישה לגמלאות, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 25% לתקופה של 5 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.
- 6.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 6.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 6.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.
- 6.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.
- 6.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.
- 6.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.
- 6.8 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

7. דמי הביטוח (פרמיות) מסמכים והודעות למבוטח

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

חובד בסיס	
מבוטח עד גיל 67	43 ₪
בן בת זוג וילד בוגר	53 ₪
מבוטח מגיל 67 ואילך	59.80 ₪
ילד עד גיל 26	16.50 ₪

	הרחבה שקל ראשון	הרחבה משלים שב"ן
ילד*	46.64 ₪	43.47 ₪
0-40	154.47 ₪	149.73 ₪
41-55	175.39 ₪	170.66 ₪
56-65	199.52 ₪	194.81 ₪
+ 66	263.88 ₪	259.21 ₪

* ילד/נכד - עד גיל 26. ילד/נכד שלישי ואילך לכל בית אב - חינם.

**** גורם משלם ואופן התשלום:**

עובד בגין רובד הבסיס: במימון המעסיק ובמרוכז, כולל גילום מס.

עובד בגין ההרחבה ובגין בני המשפחה בכל הרבדים: במימון העובד באמצעי גבייה אישי.
גמלאי: בגין כל הרבדים ובגין בני המשפחה בכל הרבדים: במימון הגמלאי באמצעי גבייה אישי.

7.1 בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים למעט לגבי המבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעי גבייה אישי.

7.2 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.

7.3 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 בתשלום המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים, חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-

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

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

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

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

7.4 התאמת דמי הביטוח

7.4.1 **פרמיה ברוטו:** הפרמיה המשולמת על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים בתקופת הבדיקה (כהגדרתה בסעיף 7.2 להלן); **הפרמיה לחישוב:** פרמיה ברוטו, בניכוי הפרמיה בגין פרק ההשתללות והטיפולים המיוחדים בחו"ל, המפורטת בנספח ג' להסכם זה והמהווה חלק בלתי נפרד הימנו, ובניכוי הוצאות; **הוצאות:** הוצאות החברה, עמלת סוכן ושכר טרחת יועץ (בתוספת מע"מ) ועד שיעור של 30%; **תביעות (ה)ריסק:** תביעות במסגרת פרק ההשתללות והטיפולים המיוחדים בחו"ל ותביעות במסגרת פרק התרופות שעלותן החודשית מעל 150,000 ₪ והמשולמות במשך 5 חודשים לפחות, בתקופת הבדיקה; **תביעות משולמות:** תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפועל במהלך תקופת הבדיקה, בניכוי תביעות הריסק; **תביעות**

תלויות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם, בניכוי תביעות הריסק; **IBNR:** בהתאם לחישובי החברה, אך לא יותר מסך התביעות המשולמות והתביעות התלויות ב-12 החודשים האחרונים טרם מועד הבדיקה, חלקי 12, כפול 1.5; **סך התביעות:** התביעות המשולמות, התביעות התלויות ו-IBNR; **רווח/הפסד:** הפער שבין הפרמיה לחישוב ובין סך התביעות.

7.4.2. בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, המבטח יהא רשאי להתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של נתוני תיק הביטוח.

7.4.3. במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מ 25%. 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 רווח, יתווספו כיסויים או תופחת הפרמיה, בהסכמה שבין בעל הפוליסה למבטח וכפי שיוחלט בין הצדדים.

7.4.4. במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

8. תגמולי ביטוח

8.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבטח כנגד הצגת קבלות. המבטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או בחשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבטח אצל המבטח.

8.2. בכפוף לאמור לעיל, המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

8.3. במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

8.4. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל או במקרה של תשלום למבטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבטח אצל המבטח.

8.5. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

8.6. 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.

- 8.7. הוראות לעניין כפל ביטוח וזכות שיבוב: המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר. בפוליסות שתגמולי ביטוח 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.
- 8.8. המבטח יודיע למבטח בתוך 7 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחייה) של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור או דחייה של התביעה. יודגש, שבמקרים בהם מדובר בפרוצדורות עתידיות, שטרם בוצעו, האישור (או הדחייה) יינתן על פי הצורך הרפואי.

9. גביית דמי הביטוח

- 9.1. מוטלת על המבטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.
- 9.2. מבטח לא יצרף מבטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבטח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "**הסכמה מפורשת**"). במקרים שבהם ניתנת למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי.
- 9.3. האמור בסעיף 9.2 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- 9.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 9.3.2. 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 (להלן: "**רצף ביטוחי**").
- 9.3.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" הינו פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שיניים, (ו) תאונות אישיות.

9.4. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבטל הביטוח לגבי אותו מבוטח 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.

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

10. פיגורים בתשלומים

10.1. לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד על ידי בעל הפוליסה, המבטח ייתן לבעל הפוליסה ארכה לתשלום דמי הביטוח למשך 90 יום נוספים לאחר מועד התשלום כקבוע בהסכם ביטוח זה ("תקופת הארכה") ויודיע על כך מוקדם ככל הניתן ובכל מקרה תוך זמן סביר מהיודיע אי-התשלום לנציג בעל הפוליסה בכתב (כולל דוא"ל).

10.2. במשך תקופת הארכה יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות הדין.

10.3. לאחר ביטול הביטוח כאמור לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום מתום תקופת הארכה לחדש את הביטוח על ידי תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי הצמדה וריבית כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א-1961, מתום 30 ימים ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הסכומים שבפיגור כאמור לעיל. נפרעו כל הסכומים שבפיגור כאמור לעיל, יהיה המבטח אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.

10.4. אחרי 120 יום ממועד תשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.

10.5. לא שילם מבוטח את דמי הביטוח או חלקם במועד ולא שולמו דמי הביטוח תוך 30 יום לאחר שהמבטח דרש מהמבוטח בכתב לשלם, יהיה רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב כי ההסכם יבטל כעבור 45 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן והכל בהתאם לחוק חוזה הביטוח.

11. וועדת ערר

11.1. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שקיים כיסוי בפוליסה בגינה ושנדחתה ע"י המבטח, לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 20 ימי עבודה מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה יהא באחריות בעל הפוליסה / היועץ.

- 11.2. המבטוח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטוח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטוח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבטוח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטתה.
- 11.3. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטוח והיועץ. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.
- 11.4. החלטת הוועדה תחייב את המבטוח.
- 11.5. למען הסר ספק, אין בהחלטת ועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבטוח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

12. תחלוף (סברוגציה)

- 12.1. מששילם המבטוח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבטוח 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 המבטוח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות על פי 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 המבטוח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבטוח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 12.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטוח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבטוח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבטוח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 12.3. המבטוח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטוח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבטוח לקבל שירות מהמבטוח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבטוח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

13. ביטוח כפל

- 13.1. המבטוח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבטוח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטוח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטוח, ובין אצל מבטוח אחר.
- 13.2. 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

14. תביעות

- 14.1. אלא אם נקבע אחרת, המבטוח ימסור למבטוח הודעה על מקרה הביטוח בזמן סביר. להודעה יצרף המבטוח כתב ויתור על סודיות רפואית, אשר ישמש את המבטוח לצורך קבלת מידע, ככול שהדבר נדרש. מובהר כמו כן, שתביעה שאושרה בתקופת הביטוח, תמשיך להיות משולמת גם בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי.

14.2. המבטח יעביר למבטח טופס תביעה, לרבות מסמכים רפואיים ואם היו תשלומים אז קבלות ו/או חשבוניות, המתייחסים לתביעתו והדרושים לשם בירור חבותו של המבטח ושאותם יכול המבטח להשיג במאמץ סביר, אלא אם נקבע אחרת.

14.3. אם ידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח על חשבון המבטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק במרחק סביר ממקום מגוריו של המבטח. מובהר כי אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מיכולתו של המבטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

14.4. יובהר שבמידה והמבטח תבע ראשית את קופת החולים ו/או השב"ן, ההחזר מהמבטח יחא עד תקרת הכיסוי, ללא תשלום ההשתתפות העצמית הנקובה בכיסוי, ככול שישנה.

14.5. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל, ייתן המבטח למבטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל.

15. התיישנות תביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח, למעט במקרה של קטין ובהתאם לכל דין.

16. יועץ ביטוחי רפואי

חברת הייעוץ פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ תשמש כיועץ מלווה (להלן: "היועץ"). במסגרת שירותיו, היועץ יעניק שוטף למבטחים בפוליסה כמפורט להלן:

16.1. בירורים מול המבטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה, בירורים מול המבטח בקשר להחלטות המבטח על פי הפוליסה, מתן חוות דעת למבטח לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה,

16.2. סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבטח הקשורה בנהלי המבטח והשירות הניתן על ידו.

16.3. במקרה של חילוקי דעות בין המבטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבטח לפנות ליועץ הביטוח.

16.4. המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבטח ובין אם הגיע לידי שלא באמצעות המבטח ובכפוף להוראות הדין.

16.5. היועץ יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציא תביעתו, על פי כל דין.

16.6. החברה המבטחת תישא בעלות שכר הטרחה ליועץ, כולל בגין הלווי השוטף וסיוע לבעל הפוליסה ולמבטחים ביישום הפוליסה, שמירת זכויותיהם וקיום התחייבויותיהם.

17. מתן מסמכים והודעות למבטח - סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצת

17.1.

א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטחים, 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 ויצוין-

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

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

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

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

17.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזר 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.

17.4. 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 מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, 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.

17.4.1. 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.

17.4.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

17.4.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו

על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

17.4.4. 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.

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

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

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות 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.

(ג) 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.

19. קיומן של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

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

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

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

20.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה על רקע לאומני, 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.

20.3. פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

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

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

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

20.7. 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 הנובעות מגודל השד/ים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר או תרופה לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסתטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים, תאונות ו/או ניתוחים 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; ניתוח לתיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר יכוסה אם קיימת אינדיקציה רפואית ע"פ קריטריונים רפואיים מקובלים לביצוע הניתוח כפי ענקבעה ע"י רופא עיניים מומחה, אשר לא יבצע את הניתוח ואינו קשור במכון הרפואי שבו מבוצע הניתוח.

20.8. טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הסיניק.

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

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

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

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

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

פרק א - השתלות בחו"ל וניתוחים / טיפולים 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 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, בהתאם לניסיון המצטבר לפי גודל האוכלוסייה.
 - 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 בכריתת כירורגית, או הוצאת מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, کلیה, לבלב, کلیה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים 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 כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים ייחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. השתלה של איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים בתנאי מעבדה, תקרא "השתלת איברים שגודלו במעבדה" ותחשב כמקרה ביטוח על פי תנאי פוליסה זו.
- מובהר כי השימוש במכונת החייה ו/או תפעול کلیה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה ע"פ פרק זה.**
- ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:
- 1.3.1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
 - 1.3.2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.
 - 1.3.3. ההשתלה כפופה לחוק סחר איברים.
- 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 הביטוח

- 2.1. **השתלה:** ביצוע השתלה, כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.
- 2.2. **טיפול מיוחד בחו"ל:** ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. חבות המבטח

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

3.1. השתלה הנערכת בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.

במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית בסך 5,000,000 ₪. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח-2008.

3.2. **לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים** אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. אם הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים 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, בי אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה.

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

3.3.3. שכר כל הצוות הרפואי 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 365 ימים לאחר ביצועם.

- 3.3.8. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקות הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים למבוטח ומלווה אחד, ובמקרה והמבוטח הינו קטין - לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.3.9. הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.
- 3.3.10. כיוסי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD).
- 3.4. הוצאות נלוות כדלקמן:** סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:
- 3.4.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי - עד תקרת הסכום 210,000 ₪
- 3.4.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד תקרת הסכום 210,000 ₪.
- 3.4.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪
- 3.4.4. הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת 1000 ₪ למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג מלווים ליום ועד 200,000 ₪.
- 3.4.5. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או ייעוץ ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.6. הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת החזר בסך 150,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל ועד תקרת החזר בסך 200,000 ₪ בגין ביצוע השתלה.
- 3.4.7. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.8. תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום של 150,000 ₪.
- 3.4.9. 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 תקרת הסכום של 50,000 ₪.
- 3.4.10. תשלום פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.
- 3.4.11. תשלום פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל בסך 150,000 ₪.

3.5. תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה

מבוסס אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוסס בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 400,000 ₪, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוסס תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה, או אם אין בידי המבוסס אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוסס יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

3.6. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה

מבוסס שעבר השתלה בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל 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, המבוסס רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.5 או 3.6 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוסס פיצוי על פי סעיף 3.5 או 3.6, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו- 3.4 לעיל, אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור להלן בסעיפים 3.7 ו- 3.8.

3.7. גמלת החלמה למועמד להשתלה

3.7.1 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי וקרנית) ו/או מועמד לטיפול מיוחד בחו"ל המרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי ונזקק לשירותי מטפל, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 7,500 ₪ ח" בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים.

3.7.2 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי וקרנית) ו/או מועמד לטיפול מיוחד בחו"ל השווה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 3,750 ₪ בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולמשך תקופה של עד 12 חודשים.

3.7.3 תנאי לקבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

3.8. גמלת החלמה לאחר השתלה

3.8.1 עבר המבוסס השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה על פי פרק זה, ישולם המבטח למבוסס, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוסס על פי פרק זה, פיצוי חודשי בסך 7,500 ₪ החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים. לאחר השתלת קרנית ומח עצם עצמית, יהא המבוסס זכאי לתשלום גמלה בסך 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.

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

3.9. החזר הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל

נדרש המבוסס לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן, לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם

שלישי - (להלן: "**מבצע הניסוי**"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כלהלן:

3.9.1. עלות איתור מוסד רפואי בו מבוצע ניסוי העשוי להתאים לצורכי המבטח, מקום הניסוי, והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 50,000 ₪.

3.9.2. 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, וזאת עד לסכום של 40,000 ₪ למבטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים; נדרש המבטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

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

3.9.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבטח ולמלווה אחד, במקרה והמבטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1000 ₪ ליום למלווה ועד 1,500 ₪ לשני מלווים.

3.10. פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד:

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

1. הגדרות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי ו/או ביולוגי ו/או תכשיר רפואי ו/או תכשיר ביוטכנולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), ו/או מניעת הישנותו ו/או התפתחותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן להקלה על סימפטומים רפואיים ו/או מניעת כאב.
- 1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או יבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.4. **תרופה יתומה** - תרופה אשר אושרה לשימוש והוכרה כתרופה יתומה (Orphan Drug) באחת המדינות המוכרות, המיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר, ולמעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 1.5. **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.
- 1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.7. **בית מרקחת** - מוסד מורשה בישראל על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.8. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9. **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.
- 1.10. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.11. **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).
- 1.12. **תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL** - תרופה לרבות תרופות יתום 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.
- 1.13. **תרופה ו/או טיפול ניסיוני** - תרופה ו/או טיפול שהשימוש בו אינו מאושר על ידי

הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול במחלתו של המבוטח והמחייב/ת אישור של וועדת הלסינקי.

1.14. 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. עוצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה I או II
 - ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות - נמצאת בקבוצה I או II a
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה-National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א. NCCN
 - ב. ASCO
 - ג. NICE
 - ד. ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח

2.1. נטילת תרופה עקב מצבו הרפואי של המבוטח, עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ו/או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.

2.2. מובהר כי אישור מכוח תקנה 29(א)(1), 29(א)(3), 29(א)(4) ו/או 29(א)(10) לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986 (בין היתר, אישור למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל לחולה ספציפי), יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לשימוש בתרופה והיא תכוסה במסגרת הפוליסה עד לסכום ביטוח מרבי של 1,000,000 ₪ לתרופה לסרטן ובמידה ויוכח שהטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות, יוגדל סכום זה ל-2,000,000 ₪. הסכום מרבי לתרופה שאינה לסרטן הינו 600,000 ₪. כל הסכומים בסעיף זה הינם למשך כל תקופת הביטוח.

2.3. מובהר כי תרופה שאושרה כתרופת יתום ו/או תרופה שאושרה לטיפול במחלה יתומה באחת המדינות המוכרות ו/או תרופת Off Label תחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

3. חבות המבטח ותגמולי ביטוח

3.1. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות ובכפוף לאמור בתנאים הכלליים ו/או ישלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, עד תקרת סכום הביטוח המרבי בסך 3,000,000 ₪ לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה, בניכוי השתתפות עצמית בסך 250 ₪ לכל מרשם

בחדוש. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

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

3.1.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 2,500 ₪ לחודש.

3.2 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.

3.3 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/ פלסמה/ CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. המבטח יישא כאמור בתשלום מלוא עלות הבדיקות הגנומיות ועד לסך של 40,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 15% מסכום הבדיקות. יודגש, שכלל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא.

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

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

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

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

3.8 המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 60 טיפולים.

4. חריגים

- 4.1 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר מכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.
- 4.2 תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.
- 4.3 טיפול מונע מתחום הרפואה המשלימה (למעט כאשר תוסף המזון ניתן כחלק מתוכנית הטיפול התרופתית) או תרופה לגמילה מעישון.
- 4.4 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
- 4.5 הזרקת בוטוקס מטעמים אסתטיים. יובהר שטיפול בבוטוקס Botulinum Toxin בהזרקה תת עורית תוך עורית או תוך שרירית אינו נכלל במסגרת ההחרגות לפרק זה ומכוסה על פי ההתוויות הרשומות ובכפוף לתנאי פרק זה.
- 4.6 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 4.7 תרופה למחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
- 4.8 תרופה לטיפול בבעיות שיניים ו/או חניכיים, למעט עבור טיפולים אונקולוגיים.
- 4.9 טיפול תרופתי מונע כדוגמת טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון, למעט טיפול שהומלץ כטיפול נלווה לטיפול תרופתי המכוסה עפ"י פרק זה.

5.

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

פרק ג - התייעצויות, חוות דעת שנייה בחו"ל והוצאות רפואיות

1. התייעצות וחוות דעת שנייה בחו"ל

מקרה הביטוח: ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן במהלך תקופת הביטוח. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

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

1.1 **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי (2) התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח ועד לתקרת החדר בסך 1,000 ₪ להתייעצות, לרבות ולא רק אצל גנטיקאי, פרמקולוג, ופסיכיאטר ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/ות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות הכוללת. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות, יקוזז הסכום עליו וויתר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון אחר המבוטחת וכן התייעצות 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.

1.2 **כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 7,200 ₪, לפי הנמוך מבניהם ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. המבוטח יקבל שיפוי מלא במידה והפניה לקבלת חוות הדעת השנייה בוצעה דרך המבטח באחת החברות עמן קשור המבטח. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל בכדי לקבל את חוות הדעת, ישפה אותו המבטח בגין הוצאות הטיסה ועד 1,000 ₪ ליום בגין הוצאות שהייה ועד 7 ימים.

2. החדר בגין הוצאות רפואיות

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיתו.

1. **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 לצורך בהשתלת کلیה.

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

פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

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

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

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

5. **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** – אי ספיקת כבד פתאומית חריפה באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק מפושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי לפחות 4 מהסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
2. נמק מפושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
4. צהבת מעמיקה;

6. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Lung Disease)** – מחלת ריאות חסימתית כרונית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

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

7. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

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

9. **אוטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial Infraction)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

10. **ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair)** – ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

11. **ניתוח אבי העורקים (Aorta)** – ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי הליכים

המבוססים על צינתור, כגון תיקון אנדוסקולרי של מפרצת אבי העורקים, יכוסו בהגדרה זו.

12. ניתוח מעקפי לב (CABG) - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

13. שבץ מוחי (CVA) - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.

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

15. סרטן (Cancer) - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול גם לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר שכל גידול של תאים ממאירים המחייב ניתוח או טיפול הקרנתי או כימוטרפי, יכוסה על פי סעיף זה.

16. אנמיה אפלטטית חמורה (Aplastic Anemia) - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלטטית והמתבטא באנמיה, נוטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

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

17. גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפרמציות של כלי הדם המוחים והמטומות.

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

19. סוכרת נעורים מסוג DIABETES MELLITUS - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה שטרם מלאו לו 18 שנה.

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

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

22. 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).

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

24. **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול, ואשר נמשך תקופה רצופה בת לפחות 6 חודשים.
25. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
26. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מעי, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.
27. **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 פנימאי מומחה.**
28. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** – עדות לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. **האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.**
29. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident)** - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
30. **דלקת חידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
31. **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
32. **ניתוח גדול - ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן, ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה 2 מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה על פי סעיף זה.**
33. **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.
34. **תשישות נפש (Dementia)** – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 2 חודשים.
35. **נכות צמיתה - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:**
 1. נכות עקב מחלה אחת מסוימת שאינה מצוינת ברשימת המחלות או האירועים הקבועים לעיל.

2. המחלה המסוימת התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח.
3. המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 75%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין אותה מחלה מסוימת. למרות האמור לעיל נכות זמנית תיחשב בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה. למרות האמור, המבטח יאשר תגמולי ביטוח על פי סעיף זה, אף אם טרם חלפה התקופה כאמור, ובלבד שהוגשה למבטח חו"ד מרופא מומחה שהצורך בטיפול הרפואי יש בו כדי למנוע מצב של נכות קבועה.
4. מצב סיעודי לתקופה העולה על 6 חודשים. יובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, וקביעה זו מצביעה כי המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, תחייב קביעה זו את המבטח לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעתו של המוסד לביטוח לאומי לגבי אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).

4. תגמולי ביטוח

מבוטח אשר אחד המקרים המפורטים לעיל אובחנו בו במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי לשיפוי בגין "הוצאות רפואיות" הנדרשות לצורך טיפול במצבו הרפואי, בנוסף לשיפוי או פיצוי להם הוא זכאי עפ"י כל פרק בפוליסה זו, לפי העניין.

"הוצאות רפואיות" עפ"י פרק זה יוגדרו: הוצאות כגון תשלום עבור טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז, כולל שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה על פי הוראת הרופא המטפל, אביזרים רפואיים מושתלים, חיצוניים או מתכלים, התאמת הדיור לצרכי המבוטח, וכן טיפולים בסימפטומים של המחלה, או הנובעים ממצב רפואי המחלה המכוסה על פי פרק זה, כולל הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן והוצאות העברה הנדרשות לצורך קבלת השירותים.

5. סכום הביטוח

בקורות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח בגובה 80% מההוצאה בפועל, עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור אותם שילם המבוטח במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. חבות המבטח הינה עד לתקרה של 50,000 ₪ למקרה ביטוח, כאשר זו סכום מתחדש לאחר 30 חודשים מיום תחילת הביטוח. מובהר כי במקרה והמבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה בגין אחד האירועים המנויים, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר.

1. הכיסוי הביטוחי

- 1.1 **מקרה הביטוח:** ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מידתי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. תואם הניתוח מראש על ידי המבטח, לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או בחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם המבטח, תגמולי הביטוח יוגבלו ל 350,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוהה מביניהם.
- 1.3 **הוצאות המכסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח 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, שתלים, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.
- 1.4 **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:
 - 1.4.1 **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/תחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את ההוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית של 85,000 ₪. 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, העברה יבשתית ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח/תחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה של המבוטח ומלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) פעם אחת בלבד, בהתאם להוצאות בפועל. המבטח יכסה את הוצאות השהייה של המבוטח ומלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופת האשפוז. בגין השהייה, סכום הביטוח המרבי לא יעלה על 800 ₪ ליום למבוטח ומלווה יחיד ועד 1,200 ₪ ליום למבוטח ושני מלווים. מובהר כי חבות המבטח עבור כיסויים אלה לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המירבי כאמור.
 - 1.4.3 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/תחליף ניתוח, אם נפטר חו"ל המבוטח כתוצאה מביצוע הניתוח.

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 120,000 ₪.

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 30 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה עד 800 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או 1,200 ₪ למבוטח ושני מלווים, לכל יום שהייה ולא יותר מ-30 ימים.

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

א. נזקק המבוטח להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל עם הרופא המנתח, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות 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 במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח.

ב. המבטח תשפה את המבוטח בגין רכישת **כרטיס טיסה לחו"ל** וחזרה בטיסה סדירה ועד לתקרת בסך 10,000 ש"ח ובגין הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים ועד לסך של 10,000 ₪.

1.4.7. **פיצוי במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח:** נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח במהלך הניתוח או תוך 7 ימים לאחריו, ישלם המבטח למוטבים (ובהיעדר מוטבים ליורשי המבוטח על פי דין), פיצוי בסך 200,000 ש"ח. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל בפרק זה.

1.4.8. **ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:** המבטח ישפה א המבוטח בגין הוצאות ריפוי בעיסוק עקב הניתוח עד לסך של 180 ש"ח לטיפול, עד 12 טיפולים ועד שנה ממועד הניתוח, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.

1.4.9. **הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר ועד 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה, עד לסך של 800 ש"ח ליום ועד 5 ימים.

1.4.10. **שכר אח/ות פרטית לאחר ניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות העסקת אח/ות פרטית בבית החולים, עד לסך של 600 ש"ח ליום ועד 8 ימי אשפוז.

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

1.4.12. **פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס B כתוצאה מניתוח:** 250,000 ₪.

1.4.13. **אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח:** פיצוי בסך 3,000 ₪ עד 24 חודשים, במקרה של אכ"ע מוחלט בעקבות ניתוח.

המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרי הביטוח הבאים:

- 2.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים שנדרש אישור של וועדת הסינקי לביצועו.
- 2.2. טיפולי כימותרפיה או רדיותרפיה.
- 2.3. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה וטיפולים פרא-רפואיים.
- 2.4. הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.

פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מה"שקל ראשון" (אחידה)

1. הגדרות

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1 "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
 - 1.2 "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
 - 1.3 "ניתוח" - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
 - 1.4 "שתל" - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
 - 1.5 "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.
 - 1.6 "בית חולים פרטי" - אחד מאלה:
 - 1.7 (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.8 "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
 - 1.9 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
 - 1.10 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

- בקורות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1. **שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח.** נותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם – עד 1,500 ₪; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגבי;
 - 3.2. **שכר מנתח.**
 - 3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
 - 3.4. **טיפול מחליף ניתוח;** וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה, בכתובת: www.ayalon-ins.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

5. חריגים

- סעיף החריגים בתנאים הכללים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 4.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
 - 4.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הסיניקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הסיניקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
 - 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
 - 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.4.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.4.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
 - 4.5. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 - 4.6. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
 - 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות

המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

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

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

5. תקופת אכשרה

90 ימים, אולם בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

פרק ו - ניתוחים וטיפוליים מחליפי ניתוח בישראל (משלים שב"ן (אחידה)

(פרק זה יחול על מבטוח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי
הביטוחי המפורט בפרק ה)

1. הגדרות

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:

1.1 "בית חולים פרטי" – אחד מאלה:

(1) **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית** ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) **בית חולים ציבורי כללי** כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2 **"שתל"** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבטוח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

1.3 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבטוח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.4 **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

1.5 **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.6 **"קופת חולים"** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.

1.7 **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;

1.8 **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

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

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

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

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

2. מקרה הביטוח

ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח ו/או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי

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

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

3.2. **שכר מנתח.**

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

3.4. **טיפול מחליף ניתוח;** וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה, בכתובת: www.ayalon-ins.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. תגמולי הביטוח:

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

4.1. מבוטח יהא זכאי על פי פרק זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר.

4.2. הסכום המקסימלי שהחברה תחוב למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על ההפרש שבין העלויות של המרכיבים המופיעים בסעיף 3 לעיל וההוצאות שהמבוטח קיבל בגין החזרים מהשב"ן.

4.3. במקרים בהם אין השב"ן מכסה את מקרה הביטוח למבוטח בלבד, בשל הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 5 להלן, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה.

4.4. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייב בשירות סדיר, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 3 בהתאם לקבוע בפרק ד', סעיף 3. הוראות סעיף 5 לא יחולו במקרה זה.

4.5. הוכרה זכאותו של מבוטח לביצוע הניתוח ע"י השב"ן אולם הניתוח נקבע לתקופה העולה על 30 יום מהמועד בו אושרה הזכאות בגלל העדר זמינות של הרופא המנתח, או ביקש המבוטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו בהסכם עם השב"ן

אולם נמצא בהסכם עם המבטח, יהיה זכאי המבוטח לעבור את הניתוח באמצעות רופא שבהסכם עם המבטח וישופה באופן מלא בגין מלוא הוצאותיו.

5. ברות ביטוח

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

6. חריגים

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

- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
- 6.2 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 6.4.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 6.4.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 6.5 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.6 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 6.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

7. תקופת אכשרה

90 ימים, אולם בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

1. הגדרות

- 1.1. **"בדיקות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.), בדיקת טומוגרפיה Capsule Wireless, Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל.
- 1.2. **"ניתוח גדול"** - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבטוח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. **"בדיקות ושירותים להריון"**
 - 1.3.1. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.2. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה או דומה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסטי שליה לרבות, צ'יפ גנטי.
 - 1.3.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 - 1.3.7. בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.3.8. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר, כגון NIPT לסוגיה.
 - 1.3.9. כל בדיקה אחרת הנדרשת למבטוחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.
- 1.3.10. התייעצויות עם רופא מומחה לפני, במהלך ו/או לאחר ההריון.
- 1.4. **"בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני ו/או במהלך הריון"** - כגון סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.5. **"מוסד החלמה"** - מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות.
- 1.6. **"פיזיותרפיה / הידרותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ו/או הידרותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה הביטוח

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר נתנו או יינתנו למבטוח כשירות ו/או בדיקה ו/או טיפול בישראל ו/או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח, בין אם כשירות בזכות עצמו ובין כשירות נלווה לאחד מפרקי הפוליסה ובין אם באשפוז יום. המבטוח ישפה את המבטוח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

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

- 3.1 **ההתייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבטח בגין שתי (2) התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות, ועד לתקרת החזר בסך 1,000 ₪ להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות. היה וידרוש המבטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות, יקוזז הסכום עליו "וותר" המבטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות תכלול גם התייעצות אצל גנטיקאי, פרמקולוג ופסיכיאטר, וכן רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון וכן התייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.
- 3.2 **בדיקות אבחנתיות:** המבטח יישא במלוא תגמולי הביטוח עבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% או 150 ₪, הגבוה מביניהם, ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.
- 3.3 **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבטח, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח שהינו עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.
- 3.4 **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבטח או ישלם ישירות לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד סכום מרבי של 3,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.5 **טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את טיפולי הפיזיותרפיה ו/או ההידרותרפיה לרבות במים מתוקים או מלחים עד 200 ₪ לטיפול ולא יותר מ- 20 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא מומחה. יובהר כי לא יכוסו שיעורי שחייה.
- 3.6 **טיפול שיקום וסיעוד:** המבטח ישפה את המבטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולי שיקום וסיעוד על פי הוראת רופא כגון: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, הסרת תפרים, הכנסת קטרז וזונדה, חידוש חבישות, ריפוי בעיסוק, עד 250 ₪ לטיפול ולא יותר מ- 20 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. כמו כן, המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבטח בעת אשפוזו בבית חולים לאחר ביצוע ניתוח עד לסכום של 320 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. יובהר כי עפ"י סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בבית חולים שיקומי.

- 3.7. **שיקום דיגיטלי לאחר ניתוח גדול:** מבטח שעבר ניתוח להחלפת פרק ירך ו/או פרק ברך ו/או לאחר אירוע מוחי ו/או לאחר ניתוח לב ויבצע את השיקום לאחר הניתוח בביתו באמצעות מערכת טלמדיסין אשר מנחה את החולה ומדריכה אותו באמצעות אפליקציה ממוחשבת מפוקחת על ידי פיזיותרפיסט שיקומי, ישופה בסכום של עד 2,000 ₪ לכל תקופת השיקום בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.8. **ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה:** מבטח/ת אשר אובחן כחולה במחלת הסרטן או עבר אירוע מוחי 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. המבטח ישופה כנגד הצגת קבלות מלוות בסיועם השירות שניתן לו עד סכום ביטוח מרבי של 5,000 ₪ לחודש ולא יותר מ-20,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.
- 3.9. **ניתוח לייזר להסרת משקפיים:** מבטח ישפה את המבטח הנדרש לביצוע לייזר להסרת משקפיים, עד סכום ביטוח מירבי של 4,000 ₪ לכל עין **ובלבד שקיימת אינדיקציה רפואית מובהקת מאושרת בכתב על ידי רופא עיניים שאינו הרופא המבצע את הטיפול, לצורך בקימו של הניתוח.**
- 3.10. **טיפולים ובדיקות אונקולוגיות:** המבטח ישפה את המבטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבטח 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 או גלי קול או גלים מגנטיים או זרם חשמלי לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות קסדת novocure או דומה לה, טיפולי הימפוליטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביווד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וטיפולים בקירור למניעה של נשירת שיער וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבטח לרבות החדרת ג'ל להפחתת רמות קרינה באברים סמוכים והחדרת גרגירי זהב להעלאת רמת הדיוק של הקרינה. כמו גם בדיקות הדמיה עם סומטוסטטין. כמו גם שמירת מח עצם ו/או הקפאת ביציות וזרע לשימור אצל חולה אונקולוגי המבטח ישפה את המבטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 120,000 ₪ לכל שנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%. המבטח ישפה את המבטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל **ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.**
- 3.11. **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:** בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או המינן ו/או שינוי בטיפול. בדיקת נשאות גנטית של מבטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה, כולל בדיקות גנטיות בקרוב המשפחה לאבחון ו/או מניעה מחלה אצל המבטח. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבטח לא יותר מהסכום של 30,000 ₪ 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.**

- 3.12. **טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול באמצעות אוזון, תא לחץ, מאקרופגים או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת ולא יותר מהסכום של 5,000 ₪ לשנת ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.
- 3.13. **מנוי לשירותי משדר קרדילוגי:** המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, ועד לסך כולל של 3,600 ש"ח.
- 3.14. **שיקום לאחר השתלת לב או ניתוח לב או אירוע לבבי:** המבטח ישתתף בהוצאות שיקום לרבות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח או האירוע הלבבי, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל ועד 300 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.

שירותי רפואה כלליים:

- 3.15. **החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן:** המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימותרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תכנית ייעודית לחולים אונקולוגים, שאינו בית הבראה או בית מלון. המבטח ישתתף במימון עלויות ההחלמה עד 75% מהוצאה בפועל **ובלבד שבמקרה של ניתוח גדול רק אם השהייה במוסד ההחלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים**, עד לסכום של 700 ₪ ליום ועד 14 יום. **במקרה של החלמה מסרטן, רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא ההחלמה במוסד להחלמה אונקולוגית ועד לסכום של 700 ₪ לכל יום טיפול ועד 21 ימי טיפול.**
- 3.16. **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות אוו יספה את המבוטח, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום של 4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% **ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.**
- 3.17. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia:** המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כאמור, כולל כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום של 200 ₪ לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.
- 3.18. **אחיות פרטיות:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אחות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו לאחר אשפוז (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מ-750 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% מההוצאה וכן ישפה את המבוטח בגין שדרוג חדר האשפוז לחדר פרטי (חדר יחיד) בסך 2,500 ₪ לכל תקופת האשפוז ולא יותר מההוצאה בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

- 3.19. **אביזרים רפואיים:** המבטח יש/פה את המבוטח בגין הוצאות עבור אביזר רפואי, כולל במהלך אשפוז, כגון: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar. Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות במקרה של: קרטקונוס, קוצר ראייה מעל 7, השתלת קרנית וריפוי קרנית, עדשה טלסקופית ולמבוטח עם אסטיגמציה (צילינדר), שתל קוכליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולים, כולל חולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, גלוקומטר, חגרות בקע, מקלונים לבדיקת סוכר, או כל אביזר אחר **עפ"י המלצת רופא מומחה בתחום**. ההחזר הינו עד הסכום 8,000 ₪ לשנת ביטוח.
- 3.20. **הדפסת איברים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים/ים 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. מבוטח ישופה כנגד חשבונית/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%.
- 3.21. **חדר מלח:** המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, **בכפוף להפניית רופא מומחה** ועד 12 טיפולים בשנה ועד סכום של 120 ₪ לטיפול.
- 3.22. **שיקום הליכה ויציבה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, או טיפול בג'רונטוניק/בג'רוקנידיס, לטיפול בהפרעה נוירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה כגון פגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי ו/או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. **מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום**, עד סכום של 7,000 ₪ ל 30 חודשים וייתחדש לתקופה נוספת ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.23. **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח:** מבוטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום השלישי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום עד 400 ₪ ליום.
- 3.24. **הזרקת חומרי סיכוך למפרקים כגון:** ארטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. **מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא**

יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.25. **טיפול בגלי הלב, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), עד סכום מרבי של 4,500 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. **מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.**

3.26. **טיפול בכאב:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולים הנדרשים להקלת כאב לרבות ולא רק כאב גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלב, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב, משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הנירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ₪ לטיפול ו 10,500 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי בגין אביזר כגון קוצב נגד כאב או משאבה, ישולם החזר בסך של 75% מעלות האביזר ולא יותר מ 30,000 ש"ח. **מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.**

3.27. **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, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. **מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.**

3.28. **הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 6,000 ₪ בגין כלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. **מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.**

3.29. **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, עד סכום מרבי של 2,000 ₪ להזרקה ולא יותר מ- 10,000 ₪ לסדרת הזרקות (בגין ההזרקה והחומר המוזרק גם יחד) בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. **מובהר כי**

טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.30. שימוש ברובוט לצורך רפואי: עבר המבוטח טיפול רפואי חודרני באמצעות רובוט, ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 40% מעלות הטיפול שניתן למבוטח, על פי מחירון משרד הבריאות לאותו הטיפול. **מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.**

3.31. קנאביס רפואי: המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי בסך של 1,000 ₪ לחודש ועד סכום ביטוח מרבי של 25,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% ובלבד שבידי המבוטח 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 כאמור בפרק זה.**

3.32. ביקור רופא: המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה כספית בה נשא המבוטח עבור שירות ביקור רופא בבית המבוטח. הביקור יכלול בין היתר, בדיקה גופנית, לרבות שימוש במכשירי עזר, קביעת אבחנה רפואית, מתן תרופה ראשונית, הפנייה להמשך טיפול אצל רופא המשפחה/רופא מומחה ו/או הפנייה למיון. סכום ההחזר עד 200 ₪ לביקור ועד 2 ביקורים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 15%.

התפתחות הילד:

3.33 א. אבחון בבעיות התפתחות של ילדים: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-18 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, עד סכום ביטוח של 2,500 ₪ לתקופת בדיקה, וכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.33 ב. טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל/ למכון עבור טיפולים בהתפתחות הילד לילדים עד גיל 18 שאובחנו ע"י מומחה לנורולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות ו/או טיפולים בהפרעות אכילה. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, שחיה/ספורט טיפולי/ו/או באמצעות בעלי חיים, ועד 150 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בשנה. בנוסף, המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח ועד לסכום מירבי של 700 ₪ לטיפול.

3.33 ג. פיצוי בגין היעדרות מלימודים: מבוטח שנעדר מלימודיו בבית ספר (יסודי ועד תיכון) כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יבואו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

3.34. **בדיקת סקר תקופתית:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), אחת לשנתיים, אשר כוללת בין היתר את הבדיקות הבאות: בדיקת רופא מקיפה, בדיקת דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב – א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, עד לסכום של 1,200 ₪ לכל הבדיקות, כל שנתיים ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

3.35. **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, עד 350 ₪ לכל בדיקה עד שלוש בדיקות לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

הריון ולידה:

3.36. **בדיקות, שירותים וטיפולים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח/ת או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ו/או בת הזוג להורות ועד 6,000 ₪ להריון ובגין ייעוץ ו/או בדיקות לסיקור גנטי, כולל המוגדר בסעיף 1.4 שנעשו ע"י המבוטחת ו/או בת הזוג להורות ועד 2,000 ₪ להריון. בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 175% מהתקרות הנקובות לעיל.

3.37. **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה עד סכום 4,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.38. **שימור דם טבורי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור איסוף ושימור דם טבורי, וזאת עד 4,000 ₪ להריון ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.

3.39. **אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון:** מבוטחת שאושפזה כתוצאה מהצורך בשמירת הריון, ו/או מסיבוכי הריון או לידה לתקופה העולה על 10 ימים תהיה זכאית לפיצוי בסך 150 ₪ לכל יום אשפוז מעבר ל 10 ימים ולא יותר מסכום מירבי של 5000 ₪ לכל הריון.

3.40. **מעקב הריון:** מבוטחת ו/או בת זוגו של מבוטח תהיה זכאית להשתתפות המבטח בעלות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, ועד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים לכל הריון.

3.41. **טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובח"ל:** המבטח ישפה את המבוטחת/ת ב 80% מהסכום ששילם/ה בפועל, בארץ או בח"ל, תמורת בדיקות ו/או טיפולי פריון, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות, כולל לצורך שימור ו/או פעולות חודרניות ברחם ו/או או בחצוצרות ו/או פעולות חודרניות באשר, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע, למבוטחת ו/או בן/בת הזוג להורות וכל טיפול

ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטח/ת ו/או בת הזוג להורות להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה, וזאת עד תקרה בסך 20,000 ₪ לכל ילד ועד שני ילדים. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול. יודגש במידה ונדרש הליך כירורגי לצורך פריון והפריה, המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצועו.

3.42. מימון לבדיקות וטיפולים רפואיים הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל:

המבטח ישפה את המבוטח/ת ב-80% מהסכום ששילם בפועל בגין הבדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות, אם התקיימה בישראל, נעשתה ע"פ הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד תקרת הסכום 25,000 ₪ לסדרת טיפולים ועד 3 סדרות טיפול. יובהר כי המדובר בשיפוי בגין בדיקות, טיפולים ושירותים להריון, כולל בדיקות טרומ הריון ובדיקות גנטיות וטיפולי IVF, שבוצעו לצורך הפונדקאות.

3.43. יעוץ/טיפול פסיכולוגי: המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי, עד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח ועד 240 ₪ לכל טיפול.

3.44. יעוץ פסיכיאטרי: המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ/טיפול הניתן ע"י רופא פסיכיאטר במהלך תקופת הביטוח, ועד לסכום של 640 ₪, לכל פגישת יעוץ, ועד 4 פגישות בכל שנת ביטוח.

3.45. אביזרים לאחר ניתוח: המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור אביזרים הנדרשים לו לאחר ניתוח לצורך הגנה על האיבר המנותח: עד תקרת הסכום 2,500 ₪ ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%.

3.46. רפואה משלימה:

3.46.1 רשימת הטיפולים המכוסים (אחד או יותר מהרשימה להלן):

- א. אקופונקטורה - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- ב. רפלקסולוגיה - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- ג. שיאצו - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת אנרגיה בגוף.
- ד. אוסטיאופתיה - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- ה. כירופרקטיקה - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- ו. הומיאופתיה - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- ז. פלדנקרייז - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- ח. ביו פידבק - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- ט. נטרופתיה - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- י. ייעוץ דיאטטי - התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.
- יא. שיטת אלכסנדר - שיטה שיקומית המשלבת לימוד הרגלי יציבה ותנועה.
- יב. טווינא - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב עיסוי רקמות עמוק

יג. **היפנוזה** - טיפול בטכניקה המביאה לשינוי מבוקר בקשב.

יד. **דמיון מודרך לחולי סרטן**

טו. **שיטת פאולה** - התעמלות השרירים הטבעיים.

טז. **שיטת שניידר** - שיטת ריפוי עצמי בתנועה

יז. **חדר מלח** - שיטה לסיוע, טיפול וריפוי בבעיות בדרכי הנשימה

3.46.2 מקרה הביטוח: קבלת אחד או יותר מהטיפולים לעיל.

3.46.3 סכום ותגמולי הביטוח: המבוטח יהא זכאי לשיפוי של עד 160 ₪ לטיפול

ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%.
הזכאות הינה כנגד המצאת הפניה של רופא מומחה או רופא משפחה
לקבלת הטיפול, בה תצוין מהות הבעיה שבגינה נדרש הטיפול.

עבור טיפול וייעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה, ישתתף
המבוטח בעלות של 240 ₪ (לטיפול או הייעוץ הראשון בלבד).

**יובהר כי ההחזר בגין טיפול המכוסה בפרק זה הינו עד תקרת ההחזר
המוגדרת בסעיף זה. ובלבד שהטיפול ניתן ע"י מטפל שזה תחום
עיסוקו ועבר הכשרה בתחום הרלוונטי (למעט הטיפול בחדר מלח).
מובהר כי לא יכוסו טיפולים הניתנים במסגרת ספא ו/או בבית מלון.**

4. שיפוי שב"ן

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

5. תקופת אכשרה

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

המנוי יהיה זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, ובלבד שצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה מתווסף לפוליסה על שם המנוי.

נספח שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה ויחולו עליו כל התנאים הכלליים של הפוליסה.

מובהר כי כל עוד יסופקו השירותים על ידי הדסה מדיקל בע"מ, הם ניתנו בתחומי בית החולים ברמת גן. עם זאת, יתכן כי חלק מהשירותים יינתנו שלא בתחומי בית החולים ברמת גן, בהתאם לדחיפות ולזמינות.

1. הגדרות

- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:
- 1.1 **דמי מנוי** - הסכומים שעל המנוי לשלם לחברה מדי חודש בגין השירותים, כנקוב בדף פרטי הביטוח.
 - 1.2 **דף פרטי הביטוח** - מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, ואשר מצוינים בו, בין היתר, פרטי המנוי, גובה דמי המנוי, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב שירות זה.
 - 1.3 **החברה** - איילון חברה לביטוח בע"מ.
 - 1.4 **המועד הקובע** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כפי שהוא מופיע בדף פרטי הביטוח.
 - 1.5 **הפוליסה** - הפוליסה שאליה מצורף כתב שירות זה.
 - 1.6 **השירות או השירותים או שירותי אבחון רפואיים** - השירותים הניתנים בהתאם למפורט בכתב שירות זה ועל פי הוראותיו, חריגיו וסייגיו, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.
 - 1.7 **מנוי** - אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמי שנרכש עבורו כתב שירות זה.
 - 1.8 **מוקד השירות או המוקד** - **קו טלפון שמספרו 03-5688145** שישמש לפניות המנויים לספק לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה. מספר הטלפון של מוקד השירות ניתן לשינוי ולא לעדכון בכל עת.
 - 1.9 **ספק השירות או הספק** - **פמי פרמיום בע"מ** או כל גורם אחר, כפי שתקבע החברה לצורך מתן השירותים על פי כתב שירות זה.
 - 1.10 **רופא** - מי שרשאי לעסוק בישראל כרופא בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
 - 1.11 **רופא מומחה** - רופא שהוסמך לעסוק בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, ושתחום מומחיותו רלוונטי למתן שירותים על פי כתב שירות זה.
 - 1.12 **תקופת השירות** - תקופה שתחל במועד הקובע ותימשך כל עוד לא הסתיים כתב השירות, בהתאם לאמור בכתב שירות זה ובכפוף לו.
- 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.
- כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשה לצורך פרשנות.

2.1. לאחר חלוף תקופת האכשרה כאמור בסעיף 2.7 להלן ועד לתום תקופת השירות, יהא המנוי זכאי לקבלת שירותי אבחון רפואיים הכוללים בדיקות ופעולות רפואיות אבחנתיות הנדרשות לצורך אבחון מצבו הרפואי, כמפורט להלן:

2.1.1. פגישת ייעוץ רפואי ראשוני עם רופא מטעם הספק, שבמסגרתה ייבדק המנוי פיזית על ידי הרופא ויבוצעו, בהתאם לצורך, בדיקות אבחנתיות ראשוניות מתוך הרשימה כלהלן - דם, שתן, צואה, אולטרסאונד, רנטגן (להלן: "**בדיקות אבחנתיות ראשוניות**").

2.1.2. בדיקות אבחנתיות נוספות מתוך הרשימה שלהלן שייקבעו על פי שיקול דעתו של רופא מטעם הספק, בהתבסס, בין היתר, על תוצאות הבדיקות האבחנתיות הראשוניות - PET CT, MRI, MRA CT, ממוגרפיה, ביופסיות שד ובדיקות אבחנתיות פולשניות נוספות כפי שיידרשו על פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא (להלן: "**בדיקות אבחנתיות נוספות**").

2.1.3. על אף האמור, מובהר כי שירותי האבחון הרפואיים לא יכללו אבחון פסיכיאטרי ולא אבחון של מחלות נפש ולא אבחון של הפרעות נפש, אבחון הפרעות קשב וריכוז, אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת השיניים ולא הפה והלסת, בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון ולא ללידה ולא לפריון ולא לעקריות, אבחון גינקולוגי.

2.2. לוחות זמנים:

2.2.1. מני הנזקק להליך אבחנה על פי כתב שירות זה יפנה למוקד, יזדהה בשמו, כתובתו ומספר תעודת הזהות שלו, וכן פרטים נוספים כפי שיידרש. לאחר אישור זכאותו של הפונה לשירות מושא כתב שירות זה, יקבל נציג השירות מן המנוי חומר רפואי עדכני (באם קיים) הרלבנטי למקרה הרפואי. נציג השירות יעביר את החומר הרפואי לרופא ממין.

2.2.2. לאחר קבלת החומר הרפואי, ותוך 6 שעות פעילות המוקד מעת קבלתו, רופא מטעם הספק השירות ייצור קשר טלפוני עם המנוי לשיחה ראשונית. במהלך השיחה ינחה הרופא הממין את המנוי לגבי הנחיות מיוחדות לבדיקות הנדרשות במועד האבחון הראשוני (כגון צום, שתייה, טיפול תרופתי מקדים וכדומה).

2.2.3. פגישת הייעוץ הרפואי הראשוני הנזכרת בסעיף 2.1.1 לעיל תתקיים בתוך יום עבודה אחד ממועד פנייתו של המנוי אל המוקד במסגרת יום העבודה. "יום עבודה" לענין סעיף זה הוא כל יום חול בין השעות 9:00 ל-16:00. מי שפנה למוקד לאחר תום יום העבודה ייחשב כמי שפנה ביום העבודה הבא.

2.2.4. הבדיקות האבחנתיות הראשוניות הנזכרות בסעיף 2.1.1 לעיל יבוצעו עד שלושה ימי עבודה מהמועד בו תתקיים פגישת הייעוץ הרפואי הראשוני, אולם הספק יעשה מאמצים לקיימן באותו יום עבודה. לאחר ביצוע יחזור המנוי לרופא מטעם הספק לפגישה בסיימה ימסר לו דו"ח הכולל את תוצאות האבחון הראשוני והמלצות להמשך טיפול, ככל שקיימות (להלן: "**סיום הליך האבחון הראשוני**").

2.2.5. הבדיקות האבחנתיות הנוספות הנזכרות בסעיף 2.1.2 לעיל יבוצעו בתוך 3 ימי עבודה מיום סיום הליך האבחון הראשוני. במידה וידרשו בדיקות כאמור תתקיים פגישת סיכום עם הרופא מטעם הספק או רופא מומחה וזאת בתוך 4 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה

הנדרשת. במידה ופרק הזמן ממועד סיום הבדיקה האבחנתית הנוספת האחרונה ועד לקבלת מלוא התשובות של הבדיקות האבחנתיות השונות יעלה על שבוע ימים תתקיים פגישת ביניים בתום 7 ימי עבודה ממועד סיום הבדיקה האחרונה.

מובהר כי במקרה בו פעילות הספק או חלק משמעותי ממנה ייפגעו עקב סיבה שאינה בשליטת הספק, כגון: שריפה, התפוצצות, מלחמה, הספק והחברה לא יהיו אחראים לאי עמידה בלוחות הזמנים המפורטים בסעיף זה לעיל.

2.3. כל עוד שירותי האבחון הרפואיים ניתנים על ידי הדסה מדיקל בע"מ, יתנו שירותים אלה למנויים אך ורק בתחומי בית החולים ברמת גן. עם זאת, יתכן כי חלק מהשירותים יינתנו שלא בתחומי בית החולים ברמת גן, בהתאם לדחיפות ולזמינות. במידה ויוחלף ספק השירות, תעדכן החברה את המנויים בדבר מיקום מתן השירותים.

2.4. בסיום מתן השירותים, יימסר למנוי דוח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון והרשומות הרפואיות שנערכו במסגרת תהליך האבחון. תוצאות בדיקות ההדמיה יסופקו למנוי על גבי מדיה ממוחשבת.

2.5. במידת הצורך ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הנזכר בסעיף 2.1.1 לעיל, יוכל הרופא להיוועץ עם רופא מומחה ולא עם צוות מומחים מתחומי רפואה שונים לצורך אבחון מצבו הרפואי ולא ניתוח תוצאות הבדיקות של המנוי.

2.6. מובהר כי המנוי אינו זכאי לקבל שירותים שאינם כלולים בשירותי האבחון הרפואי על פי כתב שירות זה, ובכלל זה לא יהא המנוי זכאי לעדיפות כלשהי בשירותים אחרים שמעניק הספק.

2.7. המנוי זכאי לשירותי אבחון רפואיים לאחר תום תקופת האכשרה, שתחילתה במועד הצטרפותו לכתב שירות זה ואורכה 45 ימים. המנוי אינו זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במהלך תקופת האכשרה. תקופת האכשרה תחול על כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב שירות זה הנו בתוקף, ותחול מחדש בכל פעם שבה צורך המנוי לכתב שירות זה מחדש, לתקופות שירות בלתי רצופות.

2.8. קבע הרופא הממין כי אין צורך בביצוע בדיקה/ות מכוח כתב השירות והמנוי דרש לבצעה על פי כתב השירות, אזי יפנה הספק את המנוי לקבלת חוות דעת שנייה מטעם רופא אחר אצל הספק ביחס לבדיקה/ות אשר התבקשה על ידי המנוי.

2.9. מחויבות ספק השירות במקרה של אבחנת מחלה נוספת - במידה שבתהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה אחרת נוספת לזו שבגינה פנה המנוי לקבלת השירות, יבצע ספק השירות תהליך אבחון מקיף אף לבעיה הנוספת שהתגלתה, וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת פניה זו יחשבו כחלק מתהליך האבחון לכל דבר ועניין.

3. השתתפות עצמית

המנוי ישלם דמי השתתפות עצמית כלהלן:

- 3.1. בגין אבחון רפואי ולא בדיקות אבחנתיות ראשוניות - סכום כולל של 160 ₪.
- 3.2. בגין בדיקות אבחנתיות נוספות, למעט PETCT - סכום כולל של 320 ₪.
- 3.3. בגין בדיקת PET CT (בניכוי סך של 320 ₪, ככל ששולם כאמור לעיל) - 600 ₪.

4. אופן קבלת השירותים

4.1. מנוי הזכאי לקבל שירות על פי כתב שירות זה יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו ויציין את מספר תעודת הזהות שלו, את כתובתו, את מספר הטלפון

- שבו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינן נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.
- 4.2. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום.
- 4.3. לשם מתן השירות, ימסור המנוי למוקד השירות ולאו לספק, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שידרשו ממנו מוקד השירות ולאו הספק, לפי העניין.
- 4.4. בשירותים שבהם צוין הדבר בכתב שירות זה, יהא המנוי חייב בתשלום השתתפות עצמית כתנאי לקבלת השירותים. המנוי ישלם את דמי ההשתתפות העצמית ישירות לספק, בהתאם להנחיות החברה.
- 4.5. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה וטופס בקשה לקבלת שירותים רפואיים, כשכל הפרטים הנדרשים בו מלאים, וזאת כתנאי לקבלת השירותים הרפואיים.
- 4.6. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
- 4.7. השירותים על פי כתב שירות זה יינתנו בימי חול, בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של הספק.
- 4.8. אם יבקש מנוי לבטל את פנייתו לקבלת שירות על פי כתב שירות זה, עליו להודיע על כך למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות בטרם מועד השירות. מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול כאמור, ייחשב כאילו מימש את אותו שירות לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות העצמית.
- 4.9. הספק מתחייב כי השירות הניתן על ידו יוענק על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות, כי תתקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנויים.

5. קבלת השירותים בעת שירות צבאי

בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות על המנוי הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת והעוללות 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.

6. דמי מנוי

שיעורם של דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח.

7. תוקפו של כתב שירות זה

7.1. נספח השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע. לעניין תוקפו של נספח השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה החברה רשאית לבטל את נספח השירות אם יוחלט על ידה לבטלו או לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין החברה לספק אם לא הגיעה החברה להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון.

- 7.2. להסרת כל ספק, 'ובהר כי במועד פקיעתו של נספח שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת שירותים על פי נספח שירות זה. על אף האמור, מנוי שפנה לקבלת שירות בטרם מועד פקיעתו של נספח שירות זה, יהיה זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה.
- 7.3. בוטל נספח שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי דמי מנוי בגין נספח שירות זה החל מהמועד בו בוטל נספח השירות.
- 7.4. בכל מקרה של ביטול נספח השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני ביטול נספח השירות.

8. שונות

- 8.1. בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל.
- 8.2. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 8.3. הכתובת המופיעה ברישומי החברה ככתובתו של המנוי לצורכי הפוליסה היא הכתובת המחייבת לצורכי כתב שירות זה. 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 בני המשפחה.
- 8.4. כל הודעה ולאו הצהרה לחברה ולאו למי מטעמה תימסר בכתב במשרדי החברה.

בקשה לתשלום תגמולי ביטוח (תביעה) בביטוח רפואי בעת מקרה ביטוח

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבטוח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשולמים/ מונפקים ע"י המבטח בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה.

מה לעשות במקרה של תביעה?

ניתן לפנות לסוכנות כבירי-משגב:

טלפון משרד: 04-8205100

מייל לטופס תביעה: tviot@cabiri-misgav.co.il

כמו כן, ניתן לפנות לחברת הביטוח באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות בטלפון: 1-800-35-2001 או במייל: mokedbriut@ayalon-ins.co.il.

ימים ושעות פעילות: ימים א' - ה' בין השעות 8:00 - 16:00.

ניתן לסרוק את מסמכי התביעה ולשלוח ישירות למייל פתיחת התביעות בחברת הביטוח איילון בכתובת הבאה: ifnbriut@ayalon-ins.co.il.

ניתן להעביר את המסמכים באופן דיגיטלי, ולכל הפחות באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון האישי המקוון.

המסמכים אותם יש להכין ולהגיש:

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך בצורה מהירה ויעילה ובהתאם לתנאי הפוליסה אשר ברשותך, נבקשך ליישם את הכללים הבאים בעת הגשת תביעה:

1. **טופס תביעה** - יש למלא טופס תביעה מלא על כל רכיביו ובהתאם לתחום הרלוונטי לתביעה (ניתוח, מחלה קשה, תרופה, אמבולטורי, תאונות אישיות).
2. **מייל להתכתבות** - במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנא ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.
3. **כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול** - יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול / טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.
4. **במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18** - במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף צילום צ'ק משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.
5. **ניתוחים עתידיים** - למייל הייעודי mail-briutms@ayalon-ins.co.il. לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.
6. **יתר התביעות** - יש להעביר לכתובת המייל tviot_briut@ayalon-ins.co.il.
7. **לביור סטטוס תביעה** - יש לפנות למוקד השירות בטלפון 1800-35-20-01 או לקו הייעודי של הקולקטיב ו/או למייל ייעודי mokedbriut@ayalon-ins.co.il.

כבירי משגב סוכנות לביטוח

טלפון: 04-8205100

מחלקת תפעול: sherut@cabiri-misgav.co.il

מחלקת שירות: briut@cabiri-misgav.co.il

מחלקת תביעות: tviot@cabiri-misgav.co.il

מנהלת תיק הסוכנות, יעל רום: 053-3071259 | yaelr@cabiri-misgav.co.il

שעות פעילות: 8:00 עד 16:00, **בימים:** ראשון עד חמישי

פקס: 04-8211128

איילון חברה לביטוח שירות לקוחות: *7766 | אבא הלל סילבר 12, רמת גן, 5255060, ת"ד 10950

מגוון שירותים דיגיטליים באתר החברה www.ayalon-ins.co.il