

פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות לעובדי סגל אקדמי אוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם

מהדורת 2024



עמית יקר/ה,

החברה למפעלי כלכלה ותרבות לעובדי המדינה בע"מ שמחה לבשר על חתימת הסכם חדש ומעודכן לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי המדינה וגמלאיה עם איילון חברה לביטוח בע"מ.

פוליסת הביטוח תיכנס לתוקף ב-1/6/2022.

תנאי הביטוח הקבוצתי החדש גובשו בסיוע של יועצים ומומחים בתחום הביטוח הרפואי, ומבטיחה תנאים משופרים וחדשניים, ונותנת מענה למצב מערכת הבריאות הציבורית, ולהתפתחויות הרפואה והטכנולוגיה.

פוליסת הביטוח בנויה ממספר רבדים וכל מבטח יכול להתאים את הביטוח ליכולת הכלכלית, ולצרכים הביטוחיים שלו ושל בני משפחתו. לנוחיותך, רובדי הביטוח המוצעים מפורטים בתקציר הכיסויים הביטוחיים אשר בפרק גילוי הנאות.

במסגרת ההסכם החדש הקפדנו להמשיך להעניק לכלל עובדי המדינה והגמלאים, זכות להצטרף לביטוח השתתפות בהוצאות במקרה של גילוי מחלה קשה. ביטוח זה ממומן במלואו ע"י החברה לכלכלה ותרבות ואיננו מחייב רכישת רבדים אחרים במסגרת ביטוח הבריאות הקבוצתי. יובהר כי ההצטרפות לכיסוי ביטוחי זה כרוך בבקשת הצטרפות על פי ההנחיות והמגבלות המפורטות בתנאי הפוליסה.

בנוסף, עמית שירכוש לפחות את רובד הבסיס ייהנה מחבילת שירותים רפואיים באמצעות חברת פמי שירותי רפואה, כתב השירות אינו חלק מתנאי הפוליסה, וממומן ע"י החברה לכלכלה ותרבות לעובדי המדינה.

1. מוקד ייעוץ רפואי-אונליין.
2. רופא עד הבית
3. יעוץ דיאטני אונליין.
4. רפואת מומחים אונליין.

אנו תקווה כי לאחר שתבדקו את תוכנית הביטוח, תנאיה והתאמתה לצורכיכם וצורכי משפחותיכם, תמצאו כי יש בה כדי לתרום לביטחון הכלכלי ולשקט הנפשי שלכם ושל בני משפחותיכם.

בברכת בריאות טובה,

**חברה למפעלי כלכלה ותרבות
לעובדי המדינה בע"מ**

תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
תמצית פרטי הפוליסה + תיאור הכיסויים על פי תקנות "גילוי נאות"	4
פרק א - הגדרות כלליות	20
פרק ב - חריגים כלליים	26
פרק ג - תנאים כלליים	28
רובד בסיס	
פרק ד - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	45
פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	52
פרק ו - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	55
רובד הרחבה לבסיס	
פרק ז - הוצאות רפואיות מיוחדות בעת גילוי מחלה קשה	59
פרק ח - אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתיות	64
רובד רשות ראשון	
פרק ט - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה)	67
פרק י - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה)	71
הרחבה לרובד רשות ראשון	
פרק י - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח	74
פרק יא - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות	77
הרחבה לרובד רשות שני	
פרק יב - שירותים רפואיים אמבולטוריים	80
הרחבה לרובד רשות שלישי	
פרק יג - פיצוי במקרה של גילוי מחלות קשות	86
אופן הגשת תביעה	91

גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות קבוצתי

סעיף	תנאים
שם הביטוח	פוליסת בריאות קבוצתית לסגל האקדמי אוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם
סוג הביטוח	השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה, אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתית, ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ₪ או ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול "מהשקל הראשון, שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות, שירותים רפואיים אמבולטוריים, ביטוח פיצוי במקרה של גילוי מחלות קשות.
תיאור הביטוח	<u>רובד בסיס</u> - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל - פרק ד - ניתוחים בחו"ל טיפולים מחליפי ניתוח - פרק ה - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ו <u>רובד הרחבה לבסיס</u> - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה - פרק ז - אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתית - פרק ח <u>רובד רשות ראשון</u> - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ₪ - פרק ט 1 - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול "מהשקל הראשון" - פרק ט 2 <u>הרחבה לרובד רשות ראשון</u> - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח - פרק י - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות - פרק יא <u>רובד רשות שני</u> - שירותים רפואיים אמבולטוריים - פרק יב <u>רובד רשות שלישי</u> - ביטוח פיצוי במקרה של גילוי מחלות קשות - פרק יג
תקופת הביטוח	5 שנים. מיום 01.06.2022 ועד ליום 31.05.2027 (חידוש מפוליסה קודמת באילון מתאריך 01.09.2017 עד 31.05.2022)
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	תנאים כללים - פרק ב פרק ד - סעיף 5 פרק ה - סעיף 5 פרק ו - סעיף 7 פרק ז - סעיף 5 פרק ח - סעיף 7 פרק ט 1 - סעיף 6 פרק ט 2 - סעיף 6 פרק י - תת סעיף 3.8.2 פרק יב - תת סעיף 5.5.2 , ותת סעיף 10.3 פרק יג - תת סעיף 21 , ותת סעיף 10.3
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (אכשרה)¹	פרק ח - סעיפים 1,2,3,4 - 3 חודשים; סעיפים 5,6 - 24 חודשים. פרק ט1, ט2 - 90 יום. לגבי הריון ולידה: 12 חודשים פרק יא - סעיפים 2,3,4 - 6 חודשים פרק יב - סעיפים 3,4,5,6,9,10 - 6 חודשים; סעיף 7 - 9 חודשים; סעיף 8 - 12 חודשים.

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

<u>פרק ה - ניתוחים בחו"ל טיפולים מחליפי ניתוח</u> <u>סעיף 3.2.9 - 20% השתתפות עצמית.</u> <u>פרק ו - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</u> השתתפות עצמית 265 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית. <u>סעיפים 4,5,6 - 20% השתתפות עצמית.</u> <u>פרק ז - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה</u> 20% השתתפות עצמית. <u>פרק ח - אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתית</u> <u>סעיפים 1,2,3,4 - 20% השתתפות עצמית.</u> <u>פרק ט 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן</u> 3,000 ₪ השתתפות עצמית בניתוחים שבוצעו ללא מעורבות שב"ן. <u>פרק י - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח</u> סעיפים 3.1, 3.3, 3.5, 3.6, 3.7, 3.9 – 20% השתתפות עצמית. <u>פרק יא - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות</u> <u>סעיפים 3,4 - 20% השתתפות עצמית.</u> <u>פרק יב - שירותים רפואיים אמבולטוריים</u> 20% השתתפות עצמית.	השתתפות עצמית
רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

עלות הביטוח (פרמיות) דמי הביטוח החודשיים בש"ח (צמודים למדד הבסיס*) יהיו כדלקמן:					
גיל המבוטח	רובד חובה בסיס (פרקים ד-ח*)	רובד רשות ראשון אופציה ראשונה: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ש"ח ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (1), י, יא)	רובד רשות ראשון אופציה שניה: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל במסלול מהשקל הראשון ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (2), י, יא)	רובד רשות שני - שירותים אמבולטוריים (פרק יב)	רובד רשות שלישי - פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (פרק יג) מחיר עבור מנת ביטוח 50,000 ₪
ילד עד גיל 20	17.12	10.73	15.49	18.39	3.44
חברים בגילים:					
21 - 30 בן/בת זוג*:	31.55 34.74	28.77	33.20	35.00	9.24
31 - 40 בן/בת זוג*:	31.55 34.74	28.77	42.60	35.00	9.24
41 - 50 בן/בת זוג*:	31.55 34.74	64.18	66.95	35.00	27.26
51 - 55 בן/בת זוג*:	39.60 43.56	90.74	100.15	35.00	72.88
56 - 60 בן/בת זוג*:	39.60 43.56	90.74	131.13	35.00	113.77
61 - 65 בן/בת זוג*:	39.60 43.56	90.74	158.25	35.00	145.76
מגיל 66 ואילך בן/בת זוג*:	39.60 43.56	143.97	209.15	35.00	183.68
* פרמיה עבור בן/בת זוג: תוספת 10%.					
מדד הבסיס*		13998 שפורסם ב-15.05.2024			
מבנה הפרמיה		פרמיה משתנה לפי הטבלה לעיל.			
המשכיות		15.1 סיום ההסכם או ביטולו			
		15.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.			
		15.1.2 דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 25% לכל תקופת הביטוח, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.			
		15.1.3 במקרה של ביטול הפוליסה על ידי מי מהצדדים, ובמקרה של חידוש הפוליסה אצל מבטח אחר באופן קבוצתי לכלל המבוטחים או לחלקם, המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.			
		15.1.4 המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים.			

המשכיות	15.1.5 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 15.1.1 מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים או פחותים מאלה בהם היה המבוטח על פי פוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח. 15.1.6 המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח. 15.1.7 יובהר בזאת שהמבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה. 15.1.8 מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, לרבות בשל טיפול רפואי מתמשך, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם את תגמולי הביטוח, הכול ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת ההסכם הנוכחית. 15.2 המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה 15.2.1 מבוטח שסיים את חברותו אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לבחור להמשיך את הביטוח הקבוצתי עד תום מועד הסכם הביטוח הקבוצתי, או לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום חברותו, ברצף ביטוחי מלא. 15.2.2 דמי הביטוח בעת מעבר לפוליסה פרטית יהיו בהנחה בשיעור 25% לכל תקופת הביטוח, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי. 15.2.3 עם היוודע למבטח סיום חברותו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע למבוטח בכתב על אפשרותו להמשיך את הביטוח בכל אחת מהאפשרויות המנויות בסעיף 15.2.1 לעיל, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה. 15.2.4 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום סיום החברות אצל בעל הפוליסה. 15.2.5 המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח. 15.3 המשכיות הביטוח עקב גירושין בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר עקב גירושין מהחבר, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי החבר) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים או פחותים בלבד, על פי התנאים המצוינים בס"ק 15.1 לעיל. 15.4 פטירתו של חבר מובהר כי שאריו של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו. דמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים. 15.5 זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד חבר שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח למשך תקופת החופשה בתעריף הנהוג לכלל מבוטחים, בכפוף לכך שיסדיר עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח.
---------	---

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
רובד בסיס				
פרק ד - השתלות בחו"ל וניתוחים / טיפולים מיוחדים בחו"ל				
השתלות בארץ ובחו"ל סעיף 3.1.1.2	שיפוי כללי מרבי להשתל	בוצעה השתלה עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא. בוצעה השתלה עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד 5,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.	אין	אין
טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל סעיף 3.2	שיפוי כללי מרבי לטיפול מיוחד בחו"ל	בוצע טיפול מיוחד בחו"ל עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא. בוצע טיפול מיוחד בחו"ל עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד 1,275,350 ₪ לכל מקרה ביטוח.	אין	
הוצאות רפואיות נלוות סעיפים 3.1.1.3 א עד י"ז	- תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים בישראל או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד. - שיפוי בגין השגה ושימור של איבר להשתלה. - שיפוי בגין בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי. - שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול ובדיקות רפואיות במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת לצורך השתלה או טיפול מיוחד. - שיפוי בגין ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוזו ושהותו בבית החולים 180 יום לפני מועד ההשתלה / טיפול מיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה / טיפול מיוחד. - שיפוי בגין הוצאות נסיעה לחו"ל מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים למבוטח ומלווה.	עד 212,560 ₪ עד 318,840 ₪	אין	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
	- שיפוי בגין הוצאות הטסת רופא מלווה לחו"ל, מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים, והוצאות מגורים וכלכלה סבירות בארץ הטיפול. על פי המלצה של הרופא המטפל במבוטח בישראל. - 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 העברה יבשתית סבירות למבוטח ומלווה.		אין	אין
הוצאות רפואיות נלוות (המשך) סעיפים 2.2.1 עד 2.2.9	- שיפוי בגין הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה / טיפול מיוחד. - שיפוי בגין הוצאות המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע השתלה / טיפול מיוחד. - שיפוי בגין הוצאות המשך טיפולים בארץ הנובעים מביצוע השתלה / טיפול מיוחד שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד. - שיפוי בגין הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה. - שיפוי בגין הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול מיוחד.	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה או עד 1,500 ₪ במקרה של מבוטח קטין. עד 150,000 ₪.	אין	
פיצוי ביצוע השתלה ללא השתתפות המבוטח סעיף 3.1.1.3.19	תשלום פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבוטח עבור אחד או יותר מההוצאות המפורטות בסעיפים 3.1.1.3 א עד י"ז.	371,980 ₪	אין	
פיצוי השתלה לפי הוראת פוליסה לביטוח מחלות קשות סעיף 3.1.2	פיצוי בגין השתלת איברים למעט השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר.	350,000 ₪.	אין	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
גמלת החלמה לאחר השתלה <u>סעיף 3.3</u>	שיפוי למבוטח אשר עבר השתלה בארץ או בחו"ל, למעט השתלת מח עצם.	5,500 ₪ לחודש למשך 24 חודשים.	אין	אין
גמלה חודשית למועמד להשתלה <u>סעיף 3.3.1.3</u>	שיפוי למבוטח אשר מועמד לביצוע השתלה ובהתאם לחו"ד של רופא תעסוקתי אינו מסוגר לעבוד באופן מלא בכל עבודה שהיא ובתנאי כי המבוטח המציא אישור כי הוא רשום במרכז הלאומי להשתלות בישראל.	4,000 ₪ עד למועד ההשתלה ולא יותר מ 12 חודשים	אין	
גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד <u>סעיף 3.3.2</u>	שיפוי בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח מעל גיל 21. ----- שיפוי בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח עד גיל 21.	3,500 ₪ לחודש ועד לתקופה של 6 חודשים. 1,750 ₪ לחודש ועד לתקופה של 6 חודשים	אין	
בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצוע ההשתלה יבחן המבוטח 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 ה - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח <u>סעיף 3.2</u>	ניתוחים/ טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל ושירותים לווים רפואיים הקשורים ישירות לניתוח.	בוצע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא. בוצע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד 1,275,350 ₪.	אין	אין
הוצאות רפואיות נלוות <u>סעיפים 3.2.9 - 3.2.2</u>	- שיפוי בגין הוצאות טיסה עבור ביצוע ניתוח מורכב בחו"ל מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים למבוטח ומלווה. - שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית מיוחדת אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל כולל ליווי רופא וציוד רפואי. - שיפוי בגין שירותי העברה באמבולנס לבית החולים ובין בתי חולים בחו"ל. - שיפוי בגין הוצאות 2 התייעצויות עם מומחה בחו"ל, שאינו מבצע את הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח. - שיפוי בגין הוצאות חו"ד נוספת עם רופא בחו"ל שאינו מבצע את הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח.	עד 100,000 ₪ עד 1,500 ₪ להתייעצות עד 4,000 ₪ להתייעצות אחת בלבד.	אין	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
	- שיפוי בגין הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ומלווה. - שיפוי בגין טיפולי שיקום הנדרשים עקב ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח. - שיפוי בגין הוצאות החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח במוסד החלמה מוכר, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י רופא מומחה בתחום.	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה עד 1,500 ₪ למבוטח קטין ושני מלווים ועד 30 ימים. עד 250 ₪ לטיפול, ועד 16 טיפולים שבוצעו בישראל במהלך 90 ימים מהניתוח. עד 750 ₪ ליום החלמה ועד 14 ימים	אין 20% 20%	אין

פרק ו - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

תרופות שאינן בסל הבריאות סעיף 3.1	- 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. - תרופה המוגדרת כ- off label - תרופת יתום - תרופה מיוחדת ותרופה בהתאמה אישית.	עד 4,251,200 ₪ לסך כל מקרי הביטוח בתקופת הביטוח. עד 1,000,000 ₪ לכל מקרי הביטוח בתקופת ביטוח.	265 ש"ח לעבור 2 מרשמים של תרופות שונות בחודש.	אין
ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן סעיף 4	שיפוי בגין הוצאות לויטמינים ו/או תוספי מזון הניתנים למבוטח בשילוב עם טיפול תרופתי למחלת הסרטן.	עד 400 ₪ לחודש ועד 36 חודשים.	20%	
טיפול בקנאביס רפואי סעיף 5	שיפוי בגין הוצאות קנאביס רפואי לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח - ובכפוף לרישיון שהונפק ע"י היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות או ע"י רופא שהוסמך לכך ע"י משרד הבריאות.	עד 400 ₪ לחודש ועד של 36 חודשים.	20%	
בדיקות גנטיות סעיף 6	שיפוי בגין הוצאות בדיקה מולקולרית לצורך אבחון הפרופיל הגנומי של הגידול הסרטני, עפ"י הפנייה של רופא אונקולוג.	עד 60,000 ₪.	20%	

הרחבה לרובד הבסיס

פרק ז - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה

הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה סעיף 4	שיפוי בגין הוצאות רפואית בעת גילוי מחלות או אירועים רפואיים מתוך רשימה המפורטת בפרק זה בסעיף 3 שבוצעו בישראל או בחו"ל במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.	עד 53,140 ₪.	20%	אין
--	---	--------------	-----	-----

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
פרק ח - אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתיות				
שירותי אבחון מהיר <u>סעיף 1</u>	שירותי אבחון מהיר ע"י ספק הסכם. ע"פ המפורט בפרק זה בתנאי הפוליסה. • תהליך אבחון בסיסי - ראשוני תוך 3 ימי עבודה. • תהליך אבחון מקיף - תוך 7 ימי עבודה.		20% מהעלות בפועל ולא יותר מ: 170 ₪ או 480 ₪	3 חודשים
שירותי רופא מלווה <u>סעיף 2</u>	שיפוי בגין הוצאות שירות ייעוץ וליווי ע"י רופא מומחה מלווה בתקופת הביטוח.	עד 2,657 ₪ פעם אחת בתקופת ביטוח	20%	
חוות דעת שנייה של רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי <u>סעיף 3</u>	שיפוי בגין הוצאות יעוץ ע"י רופא מומחה במהלך תקופת הביטוח בעת שהותו של המבוטח באשפוז בבית חולים ציבורי, ובלבד שהרופא אינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו שוהה המבוטח.	עד 2,657 ₪ פעם אחת בתקופת ביטוח.	20%	
חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל <u>סעיף 4</u>	שיפוי בגין הוצאות התייעצות וחוות דעת רפואית נוספת עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל במהלך תקופת הביטוח. שיפוי בגין הוצאות טיסה ושהייה במקרה ובו המבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת.	עד 7,652 ₪ להתייעצות אחת בתקופת הביטוח. עד 850 ₪ ליום ועד 7 ימים.	20% אין	
בדיקות סקר ורפואה מונעת מעל גיל 40 <u>סעיף 5</u>	שיפוי בגין הוצאות לבדיקות סקר מנהלים כגון: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ומעבדה, תפקודי ריאות תפקודי כליות וכבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמייה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב, א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת PSA, ובדיקת צפיפות העצם.	זכאות אחת ל-2 שנות ביטוח.	300 ₪ לכל בדיקה	24 חודשים
בדיקות סקר סרטן וגילוי גנים סרטניים <u>סעיף 6</u>	שיפוי בגין הוצאות לבדיקת סקר סרטן ובדיקת אבחון גנטי לגילוי גנים סרטניים.	זכאות של בדיקה אחת בתקופת ביטוח.	300 ₪ לכל בדיקה	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
פרק ט 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית מרבית של 3,000 ₪				
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 20% ועד 3,000 ₪ <u>סעיף 3</u>	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח במסגרת השב"ן - שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח, - הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח/מחליף ניתוח - הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח/מחליף ניתוח והאשפוז. - שתלים. - תרופות במהלך אשפוז 3 התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח/מחליף ניתוח	כיסוי לאחר מיצוי זכאות עם השב"ן. במקרה של ספק שאינו בהסדר ו/או בחר המבוטח לא לפנות לשב"ן - יינתן שיפוי בניכוי השתתפות עצמית מהסכום הנקוב אצל המבוטח	20% ועד תקרה של 3,000 ₪	90 ימים. לגבי הריון ולידה 12 חודשים.
לתשומת ליבך, למימוש כיסוי 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 ט 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול מה"שקל הראשון" (אחידה)				
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ <u>סעיף 4</u>	מקרה ביטוח - ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח במסגרת השב"ן - שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח, - הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח/מחליף ניתוח - הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח/מחליף ניתוח והאשפוז. - שתלים. - תרופות במהלך אשפוז 3 התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח/מחליף ניתוח	בעת ביצוע ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם ספק שבהסכם – יינתן שיפוי מלא.	אין	90 ימים. לגבי הריון ולידה 12 חודשים.
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 זהים \ אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת חולים טרם הפניה לחברת הביטוח.				

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
פרק י - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח				
שכר אחות פרטית בבית חולים לאחר ניתוח סעיף 3.1	שיפוי בגין הוצאות שירותי אחות פרטית בעת שהות המבוטח בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח.	עד 350 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז.	20%	אין
טיפול שיקומי בעת אשפוז סעיף 3.2	שיפוי בגין הוצאות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוזו בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח. יובהר כי לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוז המבוטח בבית חולים שיקומי.	עד 350 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז.	אין	אין
סיוע לבני משפחה במקרה של אשפוז מבוטח בבית חולים לצורך ביצוע ניתוח סעיף 3.3	שיפוי בגין הוצאות שהייה של כלל בני המשפחה מדרגה ראשונה למבוטח (עד גיל 67) המאושפז בבית חולים לתקופה העולה על 4 ימים, המרוחק מביתו מעל 40 ק"מ לצורך ביצוע ניתוח. מובהר כי מבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או במוסד החלמה.	עד 420 ₪ ליום החל מהיום החמישי לאשפוז ועד 14 ימים לכל תקופת האשפוז.	20%	אין
עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי סעיף 3.4	שיפוי בגין הוצאות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי לבית החולים ובין בתי חולים לצורך ביצוע ניתוח. יובהר כי סעיף זה לא יכסה עלות העברת המבוטח הנמצא בחו"ל לישראל.	על פי התעריף הרשמי הנהוג במגן דוד אדום.	אין	אין
החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בית החלמה מוכר סעיף 3.5	שיפוי בגין הוצאות החלמה ו/או שיקום למבוטח שעבר ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד שדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב וכתוצאה מכך היה מאושפז בבית חולים לתקופה מעל 4 ימים רצופים. ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	עד 797 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז.	20%	אין
טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום לאחר ניתוח סעיף 3.6	שיפוי בגין הוצאות טיפולי פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	עד 249 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.	20%	אין
התעמלות שיקומית לאחר ניתוח סעיף 3.7	שיפוי בגין הוצאות התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח.	עד 215 ₪ לחודש ועד 12 חודשים.	20%	אין
אביזרים רפואיים לאחר ניתוח סעיף 3.8	שיפוי בגין הוצאות רכישת אביזרים רפואיים למבוטח שרכש במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע הניתוח ונדרשים עקב הניתוח. יובהר כי רכישת האביזר מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	עד 4,251 ₪ לכל תקופת הביטוח.	אין	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
שירות למבוטח המרותק לביתו לאחר ביצוע ניתוח סעיף 3.9	שיפוי בגין הוצאות למבוטח (שטרם מלאו לו 67) אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח ומרותק לביתו, לשירותים המפורטים במהלך 90 ימים ממועד שחרורו מבית החולים. - שירותי אחות פרטית בבית המבוטח לצורך טיפול בפצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוי, הכנסה או הוצאת קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים; - שירות רופא בבית לבדיקה וביקורת תקופתית בבית המבוטח; - שירות טיפול וסיוע תפקודי ע"י מטפל/ת שאינו בן משפחה למבוטח שטרם מלאו לו 67 ומרותק לביתו לתקופה העולה על 30 ימים ממועד שחרורו מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח.	עד 5,000 ₪ ועד סכום התקרה לכל סעיף.	20%	אין
פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה סעיף 3.10	פיצוי למבוטח שגילו נמוך מ-65 שנים ואושפז בבית חולים לתקופה רציפה מעל 4 ימים.	260 ₪ ליום אשפוז, החל מהיום החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז, הזכאות לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בשנת ביטוח.	אין	אין
הרחבה לרובד רשות ראשון				
פרק יא - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות				
ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות סעיף 2.2	ביצוע ניתוח או מחליף ניתוח בישראל באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות והוצאות נלוות.	בוצע ניתוח / טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות עם נותן שירות שבהסכם – שיפוי מלא. בוצע ניתוח / טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות עם נותן שירות שאינו בהסכם – שיפוי עד הסכום הרשום באתר המבטח ועד 200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.	אין	6 חודשים
טיפולים לריפוי או הקלה בכאב סעיף 3	שיפוי בגין הוצאות טיפול לריפוי או הקלה בכאב וטיפולים בסימפטומים של מחלה או פגיעה.	עד 20,000 ₪ עבור טיפול או סדרת טיפולים בכל תקופת הביטוח.	20%	6 חודשים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
טיפולים בתא לחץ <u>סעיף 4</u>	שיפוי בגין הוצאות טיפולים בתא חמצן בעל לחץ גבוה. על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	עד 350 ₪ לטיפול ועד 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח.	20%	6 חודשים
טיפול למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה <u>סעיף 5</u>	שיפוי בגין הוצאות ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול למטרות קוסמטיות עקב תאונה.	בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד תקרת הסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח או טיפול. בהעדר התייחסות באתר ייתן שיפוי מלא.	אין	אין
רובד רשות שני				
פרק יב - שירותים רפואיים אמבולטוריים				
התייעצות עם רופא מומחה <u>סעיף 3</u>	התייעצות עם רופא מומחה – עד 4 התייעצויות בשנת ביטוח. וכן ייעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים), יובהר כי הכיסוי יינתן במקרה והרופא אינו הרופא המטפל בשגרה.	עד תקרה של 850 ₪ להתייעצות.	20%	6 חודשים
בדיקות אבחוניות <u>סעיף 4.1</u>	שיפוי בגין בדיקות אבחוניות או פתולוגיות, אשר בוצעו על סמך רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	עד 12,000 ₪ לכל בדיקה, יובהר כי עלות המבטח לא תפחת מ-250 ₪ לכל בדיקה.	20%	6 חודשים
חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית <u>סעיף 4.2</u>	שיפוי בגין הוצאות התייעצות עם רופא מומחה או פרמקולוג או גניטקאי או רדילוג לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או פתולוגית לצורך פיענוח הבדיקה.	עד 850 ₪ להתייעצות.	20%	6 חודשים
התייעצות עם רופא שיקומי <u>סעיף 5.1</u>	שיפוי בגין הוצאות התייעצות עם רופא שיקומי לצורך קביעת תוכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול.	עד 850 ₪ להתייעצות אחת בכל תקופת הביטוח.	20%	6 חודשים
שיקום דיבור וראיה <u>סעיף 5.2</u>	שיפוי בגין הוצאות שיקום הדיבור ו/או הראייה עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה.	עד 191 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בתקופת הביטוח.	20%	6 חודשים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
התעמלות שיקומית <u>סעיף 5.3</u>	שיפוי בגין הוצאות התעמלות שיקומית המבוצעת במרכזים רפואיים או בפיקוח רפואי, על פי הוראת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	עד 266 ₪ לחודש ועד 12 חודשים, זכאות פעם אחת בתקופת הביטוח.	20%	6 חודשים
טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום <u>סעיף 5.4</u>	שיפוי בגין הוצאות טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים לשיפור הלקות הפיזית או התפקוד המוטורי, הטיפול יינתן ע"י רופא שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	עד 215 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנת ביטוח.	20%	6 חודשים
אביזרים רפואיים <u>סעיף 5.5</u>	- שיפוי בגין הוצאות רכישת אביזרים רפואיים, יובהר כי רכישת האביזר מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו. - רכישת מדרסים זכאות אחת לשנתיים.	עד 4,251 ₪ לכל תקופת הביטוח. עד 425 ₪ בכל פעם.	20% אין	6 חודשים
מנוי למשדר קרדיולוגי <u>סעיף 6</u>	שיפוי בגין הוצאות דמי מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי למבטוח הסובל מחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך 3 חודשים טרם רכש את המנוי, אובחן הצורך בניתוח לב או השתלת לב, או מבטוח הסובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה.	עד 191 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.	20%	6 חודשים
בדיקות לנשים בהריון <u>סעיף 7.1</u>	שיפוי בגין הוצאות לבדיקות לנשים בהריון שבוצעו במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות הריון או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העבר.	עד 4,251 ₪ לכל הריון, במקרה של הריון מרובה עוברים עד 6,377 ₪ לכל הריון.	20%	9 חודשים
בדיקות גנטיות טרום הריון <u>סעיף 7.2</u>	שיפוי בגין הוצאות בדיקות גנטיות טרום הריון שבוצעו לשלילת מומים מולדים, הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבטוח/ת אינו/ה זכא/ת לה במסגרת סל הבריאות.	עד 1,329 ₪ למבטוח פעם אחת בתקופת הביטוח.	20%	9 חודשים
טיפול פוריות והפריה חוץ גופית <u>סעיף 7.3</u>	- שיפוי בגין הוצאות טיפולי פוריות או הפריה, שבוצעו במבטוחת שטרם מלאו לה 48 שנים עקב אי היכולת להרות. - שיפוי בגין הוצאות שמירה והקפאת ביציות, ובהר כי לא יינתן כיסוי לשאיבת ביציות ו/או להקפאת ביציות לצורך מטרת סוציאליות לרבות תכנון משפחה עתידי.	עד 21,256 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות בתקופת הביטוח, עבור השגת 2 הריונות שהסתיימו בלידה תקינה. עד 4,000 ₪.	20% 20%	9 חודשים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
המשך סעיף 7.3	- שיפוי בגין הוצאות טיפולי פריון בגבר לרבות טיפול כירורגי להוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והחזרתם. יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח עבור טיפול שבוצע בגופו/ה של המבוטח/ת עבור הולדת הילד הראשון ו/או השני ו/או השלישי בלבד.	עד 21,256 ₪.	20%	9 חודשים
ניתוח לצורך פריון והפרייה סעיף 7.4	שיפוי בגין הוצאות ניתוח לצורך פריון והפרייה.	שיפוי מלא.	אין	9 חודשים
מעקב הריון סעיף 7.5	שיפוי בגין הוצאות ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון ועד 3 ביקורים במהלך הריון.	עד 425 ₪ לביקור.	20%	9 חודשים
שמירת הריון באשפוז סעיף 7.6	פיצוי למבוטחת אשר אושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים.	106 ₪ ליום אשפוז החל מיום האשפוז ה-14 בכל מקרה ועד לתקרה מרבית של 5,314 ₪ לכל הריון.	אין	9 חודשים
אם פונדקאית סעיף 7.7	זכאות על פי סעיף 7 רבתי בדיוק לנשים בהריון וטיפולי פוריות תחול גם לגבי אם פונדקאית.		אין	9 חודשים
פיצוי בגין היעדרות מלימודים סעיף 8.1	פיצוי למבוטח ילד שנעדר מלימודיו (יסודי ועד תיכון) כתוצאה מתאונה או מחלה.	215 ₪ ליום החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 ימים.	אין	12 חודשים
בעיות הרטבה לילדים סעיף 8.2	שיפוי בגין הוצאות 2 טיפולים למניעת הרטבה לילדים מעל גיל 5.	עד 744 ₪ לטיפול.	20%	12 חודשים
אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקוי למידה סעיף 8.3	שיפוי בגין הוצאות אבחון לילד מבוטח שגילו עד 18 שאובחן ע"י רופא מומחה שהליקוי בתחום מומחיותו או רופא ילדים או מכון אבחון מוכר או מאבחן המתמחה באבחון פסיכו/דידקטי או אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות מסוג BRC, TOVA.	עד 1,913 ₪ זכאות פעם אחת לכל תקופת הביטוח.	20%	12 חודשים
טיפול בבעיות התפתחות בילדים סעיף 8.4	שיפוי בגין הוצאות טיפולים בהתפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד או רופא ילדים או ע"י מכון מוכר והומלצו טיפול ע"י פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.	עד 159 ₪ לטיפול, ועד 20 טיפולים בתקופת הביטוח.	20%	12 חודשים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
ייעוץ/ טיפול פסיכולוגי <u>סעיף 9.1</u>	שיפוי בגין הוצאות ייעוץ/ טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי.	עד 255 ₪ לטיפול, ועד 16 טיפולים בשנת ביטוח.	20%	6 חודשים
ייעוץ פסיכיאטרי <u>סעיף 9.2</u>	שיפוי בגין הוצאות ייעוץ/ טיפול פסיכיאטרי הניתן למבוטח ע"י רופא פסיכיאטר.	עד 680 ₪ לפגישה, ועד 4 פגישות בשנת ביטוח.	20%	6 חודשים
רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי <u>סעיף 10</u>	שיפוי בגין טיפול או התייעצות ברפואה משלימה למבוטח ע"פ פירוט טיפולים בסעיף 10 בפרק זה.	עד 128 ₪ לטיפול או התייעצות, ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח. עבור טיפול או ייעוץ ראשוני להומיאופתיה עד 255 ₪.	20%	6 חודשים

רובד רשות שלישי

פרק יג - גילוי מחלות קשות

פיצוי בעת גילוי מחלה קשה <u>סעיף 3</u>	פיצוי בעת גילוי אחת מ-34 המחלות ו/או אירועים חמורים המפורטים בפרק זה בתנאי הפוליסה.	בקורת מקרה ביטוח ראשון - סך פיצוי 50,000 ₪. בקורת מקרה ביטוח שני - סך הפיצוי 50% מסכום הביטוח המרבי, עבור צנתור טיפולי ומחלת הסרטן - מסכום הביטוח המרבי. ניתן להגדיל את סכום הפיצוי לסכום ביטוח נוסף בסך 50,000 ₪ או סכום ביטוח נוסף בסך 100,000 ₪.	אין 20%	3 חודשים
הערות	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 זהים \ אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת חולים טרם הפניה לחברת הביטוח.			

כל האמור לעיל כפוף לתנאי ההסכם והפוליסה המלאים וחריגיה החתומים אצל בעל הפוליסה. טל"ח.

מוצהר ומוסכם בזאת, כי תמורת התחייבות לתשלום דמי הביטוח, ובכפוף לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבטח לנותן השירות ו/או ישפה את המבטוח - הכול בהתאם למחויבות המבטח על פי כל אחד מפרטי הביטוח, ובכפוף להסכם עם בעל הפוליסה, עבור סך כל מקרי ביטוח בכל פרק, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בכל פרק, או בסעיפים שבהם נקבע שיעור כזה.

1. הגדרות כלליות

- 1.1 **אביזר רפואי:** כל מכשיר או חומר לשימוש פנימי או חיצוני אשר מיועד במישרין אך ורק ל: אבחון, ניטור, הקלה, או טיפול במצבו הרפואי של המבטוח, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פיאה נוכרית לחולה אונקולוגי.
- 1.2 **אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.3 **אשפוז:** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.4 **בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.
- 1.5 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (S.U), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבטוח לאבחון מצבו הרפואי של המבטוח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות לצורך מתן טיפול רפואי בהתאמה אישית, ובכלל זה בדיקות גנטיות, אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבטוח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבטוח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבטוח מומלץ לבצען בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה מניעת הישנות המחלה או החמרתה שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבטוח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבטוח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו').
- יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר מנהלים, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.**
- 1.6 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.7 **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או ינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.

- 1.8. **בית חולים פרטי:** בית חולים שאושר ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, או ע"י המבטח, למתן שירותי רפואה פרטיים.
- 1.9. **בית חולים בהסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח בעת הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.10. **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
- 1.11. **בעל הפוליסה:** החברה למפעלי כלכלה ותרבות של עובדי המדינה בע"מ (מועדון טוב).
- 1.12. **גיל המבוטח:** ההפרש בין החודש ושנת תאריך מועד החישוב, לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (על-פי הלוח הגרגוריאני).
- 1.13. **גמלאי:** גמלאי שירות המדינה.
- 1.14. **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בפוליסת הביטוח.
- 1.15. **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.16. **המבטח או החברה:** איילון חברה לביטוח בע"מ.
- 1.17. **הסכם הביטוח:** ההסכם שנחתם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לשם רכישת הפוליסה.
- 1.18. **הסכם ביטוח קודם:** הסכם ביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח הקיים שהגיע לסיומו 31.05.2022. למעט פרקי תאונות אישיות וא.כ.ע שיסתיימו ב- 31.08.2022.
- 1.19. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה וכל נספח וכן כל תוספת לה בהסכמת הצדדים.
- 1.20. **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה וצווינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
- 1.21. **ועדת הליסינקי:** ועדה מוסדית או עליונה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונייהם.
- 1.22. **חבר:** עמית/חבר אצל בעל הפוליסה.
- 1.23. **חול:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרז ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.
- 1.24. **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.
- 1.25. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.
- 1.26. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.
- 1.27. **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי או סדרת טיפולים המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף. לעניין זה טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לניתוח אותו נועד הטיפול להחליף.
- 1.28. **טיפול בכאב:** טיפולים לצורך הקלה בכאב, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, או נוגדי דלקת, הזרקות תוך מפרקית של חומרי סיכה או גורמי ריפוי כדוגמת

PRP או אורטוקין, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלייזר או לייזר מכל סוג שהוא, טיפולים באמצעות השתלת קוצב או משאבה, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

1.29. **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי המבוצע למטרות מחקר או מבוצע באמצעות טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפול רפואי שלצורך ביצועו נדרש אישור של ועדת הלנסיקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקום. לעניין זה: "ועדת הלנסיקי עליונה" - כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) (התשמ"א 1980).

1.30. **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

1.31. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה למשך 16 שעות ברציפות במחלקה בבית חולים שאינה חדר מיון, או שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.

1.32. **יועץ הביטוח:** ש. לוטינגר ושות' בע"מ.

1.33. **ילדים:** ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק ו/או ילדי אומנה.

1.34. **ילד בוגר:** ילדו של חבר שמלאו לו 21 שנה.

1.35. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.

1.36. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.

1.37. **מדד בסיס:** מדד 13998 שפורסם ב-15 מאי 2024.

1.38. **מוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח. **יובהר כי במקרה תביעה של קטין המוטב יהיה החבר אצל בעל הפוליסה. במקרה שבו שני בני הזוג חברים אצל בעל הפוליסה, המוטב תהיה אימו של הקטין אשר חברה אצל בעל הפוליסה.**

1.39. **מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי המצוי ברשות המבטח, אירע מקרה הביטוח.

1.40. **מחלה:** מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.

1.41. **מנתח אחר:** רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.

1.42. **מנתח שבהסכם:** רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, הנמצא בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.

1.43. **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת כמעבדה רפואית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.

- 1.44. **מקרה הביטוח:** מערך עובדתי ונסיבתי המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה. יובהר כי מקרה ביטוח המוגדר כמצבו הרפואי של המבטח המחייב טיפול רפואי מסוים (כגון השתלה או טיפול תרופתי), יקבע על פי הוראה רפואית מתועדת בכתב מאת הרופא של המבטח, הממליצה כי על המבטח לקבל את הטיפול הרפואי המסוים.
- 1.45. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה במועד הגשת התביעה על ידי המבטח, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שניתן למבטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.46. **נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.
- 1.47. **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון מצב רפואי, טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבטח, או מניעה של כל אחד מאלה, המבוצעת בכל טכנולוגיה או מכשור המוכרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא מבוצע, 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.
- הגדרה זו אינה חלה על פרקים ט'(1), ט'(2) - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.**
- 1.48. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** חריג כללי בפוליסה הפוסט את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם עיקרי, וללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.49. **סכום ביטוח מרבי:** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.
- 1.50. **עובד/ת:** עובד בשירות המדינה.
- 1.51. **עובד סוציאלי:** מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996.
- 1.52. **פסיכולוג:** אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977.
- 1.53. **צירוף אוטומטי:** צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצב הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד ההצטרפות לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. **במקרה של צירוף אוטומטי תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבטח ככל שנקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.**
- 1.54. **צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.55. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם. להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.56. **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.

- 1.57. **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
- 1.58. **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה כהגדרתו בסעיף 1.59, המועסק או שהועסק בדרגת סגן מנהל מחלקה או מנהל מחלקה או יחידה, בבית חולים בישראל או רופא הנושא תואר פרופסור בתחום הרלוונטי.
- 1.59. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.60. **רצף ביטוחי מלא:** מעבר בין הביטוח עפ"י הסכם הביטוח הקודם לביטוח על פי פוליסה זו, או מעבר בין הביטוח על פי פוליסה זו לביטוח בריאות אחר המחליף פוליסה זו. המעבר בין תכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם.
- 1.61. **שב"ן:** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכת, תשנ"ד - 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.
- 1.62. **שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת תוקף הביטוח, ואשר תימשך כל פעם בתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם, אלא אם כן בוטל עפ"י תנאי פוליסה זו ו/או בהתאם להסכם הביטוח.
- 1.63. **שתל:** כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי. **איבר מושתל כהגדרתו בסעיף 1.4 אשר בפרק ד' לא ייחשב לשתל על פי הגדרה זו.**
- 1.64. **תאונה:** אירוע פתאומי, שלא תוכנן על ידי המבוטח וגרם לו נזק אשר מכוסה בפוליסה, למעט נזק שנגרם כתוצאה ישירה ממחלה. **מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.**
- 1.65. **תאריך תחילת הסכם הביטוח:** 01.06.2022.
- 1.66. **תאריך תחילת הביטוח (תאריך הצטרפות):** תאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח הינו התאריך הקבוע בדף פרטי הביטוח. מבלי לפגוע באמור, ייקבע תאריך תחילת הביטוח כדלקמן:
- א. אם צירופו של המבוטח לביטוח מותנה במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח, האחד לחודש העוקב בו המבוטח אישר את צירופו של המבוטח לביטוח.
- ב. אם צירוף המבוטח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד בחודש העוקב בו התקבלה בקשת ההצטרפות במשרדי המבוטח.
- 1.67. **תקרת כיסוי:** הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח

בלבד, ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

1.68. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, הקבועה בכל פרק מפרקי הפוליסה, ככל שקבועה כזו, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח עבור כל מבטוח, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. מבטוח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבטוח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבטוח לביטוח מחדש. מובהר כי בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תיחשב כתקופה רציפה אחת. יובהר כי לא תחול תקופת אכשרה לגבי כל המבטוחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם באמצעות בעל הפוליסה. כמו כן לא תחול תקופת אכשרה לגבי כיסויי ביטוח דומים במקרה של מעבר מביטוח פרטי או קבוצתי קודם.

1.69. **תקופת המתנה:** תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבטוח במועד קרות מקרה הביטוח, ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבטוח לכיסויי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבטוח במצב המזכה בכיסויי הביטוח, תחול זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה.

1.70. **תקופת הצטרפות:** תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי המבטוח להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, כמפורט להלן: **לגבי חבר חדש** - תחול תקופת הצטרפות במועד תחילת חברותו אצל בעל הפוליסה. **לגבי בן/ת זוג שנישא/ה לחברה/ה מבטוח** - תחול תקופת הצטרפות במועד הנישואין או במועד בו הוכר/ה כידוע/ה בציבור של החברה. **לגבי ילד שנולד** - תקופת הצטרפות בת 180 ימים ותחול במועד היוולדו.

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

1.72. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר אשר נועד לטפל במצב רפואי לרבות סימפטומים הרפואיים (כולל כאב), שנגרמו עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתם (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים). מובהר כי מזון או תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה משלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לענין פוליסה זו.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבטוח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב – 2021.

פרק ב - חריגים כלליים לכול פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים

המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 1.1 מקרה הביטוח נובע באופן ישיר ובלעדי כתוצאה משימוש בסמים מסוכנים כהגדרתם בפקודת הסמים המסוכנים, למעט אם השימוש בסמים הוא לפי הוראות רופא.
- 1.2 מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית של המבוטח מסוג עוון או פשע.
- 1.3 מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבוטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופת האכשרה.
- 1.4 מקרה הביטוח אירע לפני מועד תחילת תקופת הביטוח או אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות (5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח עבור ביטוח מחלות ואשפוז, ו-3 שנים לשאר פרקי הביטוח).
- 1.5 מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 1.6 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
- 1.7 סייג בשל מצב רפואי קודם

1.7.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מובלבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה בת שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה בת חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

1.7.2 יובהר כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף 4.1 (א) ו (ב), לפי העניין.

1.7.3 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק ח'-שירותי אבחון מהיר, רופא מלווה, ובדיקת סקר תקופתית, וכאמור בפרק י"ב- שירותים רפואיים נוספים, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופת האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין. אלא אם נקבע במפורש אחרת בתנאי הפוליסה.

1.7.4 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם נדרש למלא הצהרת בריאות.

סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם היה חייב לכך בהתאם לתנאי ההצטרפות, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

פרק ג - תנאים כלליים חלים על כול רובדי הביטוח

1. מהות הביטוח

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על כל החברים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם אשר בחרו להצטרף לביטוח, על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן.

2. מבנה הביטוח:

הביטוח על פי פוליסה זו מורכב מרובדי ביטוח: רובד ביטוח בסיסי, ורובדי ביטוח רשות. מבטוח אשר צורך לרובד ביטוח בסיסי רשאי להצטרף לכל אחד מרובדי הרשות על פי כללי ההצטרפות הקבועים בפוליסה זו.

מובהר ומוצהר כי בני משפחתו של חבר אצל בעל הפוליסה יהיו זכאים להצטרף אך ורק לאותם רובדי ביטוח של החבר, אלא אם נבצר מהחבר או מי מבני משפחתו להצטרף לרובד מסוים עקב תנאי החיתום הרפואי שקבע המבטח.

2.1 רובד ביטוח בסיסי

2.1.1 ביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ד'.

2.1.2 ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כאמור בפרק ה'

2.1.3 ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ו'.

הרחבה לרובד הבסיסי

2.1.4 הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ז'.

2.1.5 אבחון מהיר, ליווי רפואי, ובדיקת סקר תקופתית, כאמור בפרק ח'.

2.2 רובד רשות ראשון

2.2.1 אפשרות א' - ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור של 20% ועד 3,000 ש"ח, כאמור בפרק ט'(1).

2.2.2 אפשרות ב' - ביטוח ניתוחים במסלול מהשקל הראשון, כאמור בפרק ט'(2).

הרחבה לרובד רשות הראשון

2.2.3 שירותים נלווים במהלך אשפוז ולאחר ביצוע ניתוח כאמור בפרק י'.

2.2.4 ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות, בפרק י"א.

2.3 רובד רשות שני

שירותים רפואיים אמבולטוריים כאמור בפרק י"ב.

2.4 רובד רשות שלישי

ביטוח גילוי מחלות קשות כאמור בפרק י"ג.

3. ההצטרפות לביטוח

3.1 תנאי הצטרפות המבוטחים לכל אחד מרובדי הביטוח

3.1.1 הצטרפות חברים (עמיתי בעל הפוליסה בלבד) לביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה:

3.1.1.1 בעל הפוליסה יישא במלוא עלות הביטוח לכיסוי הוצאות

רפואיות מיוחדות כמפורט בפרק ז' בפוליסה, עבור חברי

בעל הפוליסה (עמיתי בעל הפוליסה בלבד). זכאות החבר

לביטוח כאמור מותנית בכך שהחבר נתן הסכמתו ואישר

במפורש את הצטרפותו לביטוח כאמור ובכפוף לתנאים

שלהל:

3.1.1.2 המשכיות הביטוח לחברים שהיו מבוטחים בביטוח

להוצאות רפואיות מיוחדות בתקופת הביטוח הקודמת
כל המבוטחים בביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות בתקופת הביטוח הקודמת שהסתיימה בתאריך 31.05.2022, יצורפו לביטוח על פי פרק ז' - הוצאות רפואיות מיוחדות בפוליסה זו, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לגבי מבוטחים אלה לא תחול תקופת אכשרה כלשהי.

3.1.1.3 תנאי הצטרפות לחברים שלא היו מבוטחים בכיסוי

להוצאות רפואיות בתקופת הביטוח הקודמת
חברים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים בביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות, יהיו זכאים להצטרף לביטוח על פי פרק ז' בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. **על מבוטחים אלה יחול חריג מצב רפואי קודם.**

3.1.1.4 תנאי הצטרפות של חברים חדשים לביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות

חברים חדשים אצל בעל הפוליסה זכאים להצטרף לביטוח על פי פרק ז' תוך 90 ימים ממועד תחילת חברותו אצל בעל הפוליסה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. **על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם.**

חברים חדשים שיבקשו להצטרף בחלוף 90 ימים ממועד תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות. **על מבוטחים אלה יחול חריג בשל מצב רפואי קודם.**

3.1.2 הצטרפות המבוטחים לכל אחד מרובדי הביטוח

מבלי לפגוע בזכאותם של החברים לכיסוי הביטוחי כאמור בס'ק 3.1.1 שלעיל, הצטרפות מבוטח לרובד הרשות הראשון - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח, ו/או לרובד הרשות השני - שירותים אמבולטוריים, מותנית בהצטרפותו לרובד הביטוח הבסיסי במפורט בסעיף 2.1 לעיל. מובהר כי הצטרפות לרובד רשות רביעי - תאונות אישיות, ורובד רשות חמישי - פיצוי שבועי במקרה של אי כושר מלא, אינו מותנה בהצטרפות לרובד הבסיס.

3.1.3 הצטרפות חברים שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם:

3.1.3.1 הצטרפות לכל אחד מרובדי הביטוח

כל המבוטחים בהסכם הביטוח הקודם (להלן "הביטוח הקודם"), שהסתיים ב- 31.05.2022 יצורפו לרובדי הביטוח בהם היו מבוטחים במועד תום הביטוח הקודם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לגבי מבוטחים אלה לא תחול תקופת אכשרה כלשהי.

3.1.3.2 על אף האמור לעיל, מבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח תאונות אישיות כאמור בפרק ט' בפוליסה הקודמת, ימשיכו להיות מבוטחים בביטוח זה על פי התנאים הקבועים בפרק י"ד בפוליסה זו. מבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא כאמור בפרק י' בפוליסה הקבוצתית

הקודמת, ימשיכו להיות מבוטחים בביטוח זה על פי התנאים הקבועים בפרק ט"ו בפוליסה זו.

מובהר ומוצהר כי תוקף הביטוח לגבי ביטוח תאונות אישיות וביטוח ימי החלמה כאמור בפרקים י"ד וט"ו יסתיים בתאריך 31.8.2022. הכיסוי הביטוחי יחודש בכפוף לאישור אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

3.1.3.3 מכסות הטיפולים וסכומי התגמולים הנקובים בכל פרק לפי העניין, יקומו מחדש כאילו צורך המבוטח לביטוח לראשונה, אף אם מכסות הטיפולים ו/או סכומי הביטוח עפ"י כל סעיף או פרק בפוליסה מוצג במלואם או בחלקם במסגרת הביטוח הקבוצתי הקודם.

3.1.3.4 הצטרפות מבוטח לרובדי רשות: ניתוחים בישראל כאמור בפרקים ט(1) או ט(2), פיצוי בגין גילוי מחלה קשה כאמור בפרק י"ג, בהם לא היה מבוטח במסגרת הסדר הביטוח הקודם, תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות. קבלתם או אי קבלתם לביטוח של המועמדים לביטוח תבוצע על פי ההנחיות הקבועות בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח.

3.1.4 הצטרפות חברים ו/או בנית זוגם ו/או ילדיהם שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם:

3.1.4.1 מבלי לפגוע בזכאותם של החברים לכיסוי הביטוחי כאמור בס"ק 3.1.1 לעיל, חברים אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הסכם הביטוח, ובנית זוגם וילדיהם עד גיל 25, שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם, יהיו זכאים להצטרף לכל אחד מרובדי הביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, ואישור המבטח על קבלתם לביטוח. הצטרפות המועמדים לביטוח תיכנס לתוקף באחד בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

3.1.4.2 מבלי לגרוע מהאמור לעיל, חבר ו/או בן זוגו וילדיו וילדי ילדיו אשר במועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים להם היו זכאים במסגרת הביטוח הקודם, ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם, ובקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תום תוקף הביטוח הפרטי או הקבוצתי. הצטרפות לכיסויי ביטוח שלא נכללו בביטוח הקודם, תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, ואישור המבטח על קבלתם לביטוח. על כיסויי ביטוח אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק, ככל שקבועות כאלה.

3.1.5 הצטרפות חברים חדשים

חברים חדשים שיתחילו את חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, ובנית זוגם וילדיהם עד גיל 25, ויבקשו להצטרף לרובד הבסיס ולכל אחד מרובדי הרשות במהלך 90 ימים ממועד תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, יוכלו לעשות כן בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ובכפוף לכך שהבקשה הועברה למבטח בתוך 90 ימים מיום תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה. על מבוטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם, כמפורט בס' 3 בפרק ב', ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

3.1.6

הצטרפות בן/בת זוג חדש

בן/בת זוג אשר ת/נשא לחבר - מבוטח, וילדיו/ה עד גיל 25 שנה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח במהלך 90 ימים ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כבני זוג של החבר המבוטח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום לאותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר. על מבטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם, כמפורט בס' 3 בפרק ב', ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

3.1.7

צירוף תינוק לביטוח / צירוף ילד מאומץ או אומנה:

3.1.7.1 תינוק של מבוטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר תוך 180 ימים ממועד היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח באותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יחל במועד היוולדו. יובהר כי התשלום בגין התינוק עבור רובדי הרשות ישולם למפרע מיום הולדתו.

3.1.7.2 ילד מאומץ של מבוטח, או ילד אומנה, שאומץ כחוק במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך תקופת ההצטרפות תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח באותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות. על מבטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם, כמפורט בס' 3 בפרק ב', ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד לחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

3.1.8

תנאי ההצטרפות של ילדי חברים

3.1.8.1 ילדים של חברים יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה בכפוף לתנאי ההצטרפות המצוינים לעיל, לפי העניין, הכול ובתנאי שצורפו לאותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר.

3.1.8.2 למרות האמור לעיל, הצטרפות ילדו של מבוטח שמלאו לו 25 שנה כרוכה במילוי הצהרת בריאות, אלא אם כן היה מבוטח בהסדר הביטוח הקודם. במקרה כזה יחולו התנאים הקבועים בס"ק 3.1.1 לעיל.

3.1.8.3 ילדי מבטחים שצורפו לביטוח וטרם מלאו להם 25 שנה, ובמהלך תקופת הביטוח מלאו להם 25 שנה, ימשיכו להיות מבטחים במסגרת פוליסה זו.

3.1.8.4 יובהר כי בעת הגעת הילד לגיל 25 תתעדכן הפרמיה עפ"י הנקוב בטבלת דמי הביטוח.

3.1.8.5 חבר מבוטח זכאי לצרף את נכדיו (ילדי הילד הבוגר) ובתנאי שהילד הבוגר ובן/בת זוגו צורפו לביטוח.

3.1.9

מוברה ומוצהר כי חברים ובני משפחתם אשר יבקשו להצטרף לביטוח לאחר תקופת ההצטרפות המצוינות לעיל, לפי העניין, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, ויחולו עליהם סייג בשל מצב רפואי קודם ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

3.1.10

פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מוברה בזאת כי מבטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה או מכל רובד ממנו, וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. על

מבוטחים אלה יחולו התנאים הקבועים בפוליסה כאילו הצטרפו אליה לאחר תקופת ההצטרפות, קרי יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, וקבלתם או אי קבלתם לביטוח תבוצע על פי התנאים הקבועים בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח, ויחולו עליהם סייג בשל מצב רפואי קודם ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

3.2 צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח קבוצתי התשס"ט

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

(1) במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

(ב) האמור בסעיף (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" – פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים; (ב) תרופות; (ג) השתלות; (ד) מחלות קשות; (ה) שיניים; (ו) תאונות אישיות.

(ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

3.3 קביעת דמי ביטוח תקנה 5 תק' תשע"ה-2015

(א) דמי ביטוח המשתלמים בעד סכום ביטוח מסוים או בעד תקרת תגמולי ביטוח מסוימת יהיו שווים לכל מבטח מקבוצת המבוטחים או יחושבו לפי גיל, מין או תבחין אחר הקשור לסיכון הביטוחי או לפי שילוב של תבחינים כאמור.

(ב) מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח 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" –

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

- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.
- (ג) על אף האמור בתקנה זו, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

3.4 מתן מסמכים למבוטח תקנה 6 תק' תשע"ה-2015

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

(1א) על אף האמור בתקנת משנה (א), חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין -

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
- (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
- (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- (ב) דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:
 - (1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;
 - (2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;
 - (3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח;
 - (4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשללה נקבעה התוספת האמורה;
 - (5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;
 - (6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

(ג) חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

(ד) נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי

שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לענין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

3.5 מתן הודעות למבוטח - סעיפי 7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה - 2015

(א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לענין 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.

(א1) חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(א2) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

(א3) 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.

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

3.6 חובת גילוי

3.6.1 הציגה החברה למבוטח לפני כריתת הפוליסה, אם בטופס של הצעת הביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – עניין מהותי), על המבוטח להשיב עליה כותבת תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור, אלא אם היתה סבירה בשעת כריתת הפוליסה.

3.6.2 הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

3.6.3 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית החברה בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד

התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

3.6.4 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין הפרמיות שהיו משתלמות כמקובל אצלה, לפי המצב לאמיתו לבין הפרמיות המוסכמות כמפורט בדף פרטי הביטוח לבין, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:

3.6.4.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

3.6.4.2 מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בפרמיה גבוהה יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, זכאי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי הענין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות החברה.

3.6.5 החברה לא תהיה זכאית לתרופות המפורטות בסעיף 3.6.3 עד 3.6.4 לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

3.6.5.1 היא ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.

3.6.5.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות החברה או על היקפה.

3.6.6 בנוסף לא תהיה החברה זכאית לתרופות האמורות בסעיף זה לעיל, לאחר שעבור שלוש שנים מכריתת הפוליסה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

3.7 תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות

3.7.1 שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה, בתוך 30 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, תשלח החברה החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח 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.

3.7.2 אם תוך 30 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלחה החברה הודעת דחייה כאמור לעיל, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.

3.7.3 אירע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה 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.

3.7.4 מובהר כי סעיף 3.7 זה לא יחול על מבוטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

המבטח מתחייב לפעול על פי הנחיות הקבועות בחוזר ישוב תביעות העדכני שיפורסם ע"י הממונה על שוק הון והביטוח מעת לעת.

4.1 הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.

4.2 בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח

(א) משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.

(ב) על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.

4.3 במקרי הביטוח הבאים: השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות שלא בסל הבריאות, והוצאות רפואיות מיוחדות, יפנה המבוטח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו.

4.4 על אף האמור בסעיף 4.3, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו בכפוף להוראות פוליסה זו ובסכום חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.

4.5 על אף האמור בסעיף 4.3 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי כאמור טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף להוראות פוליסה זו ובסכום חבות המבטח, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.

4.6 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתאימים לתביעתו, ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח ו/או ביכולתו להשיג אותם. כמו כן המבוטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית אם נדרש לעשות כן. אם המבוטח פנה לשב"ל למצות את זכאותו, ימציא המבוטח אישור מאת השב"ל לגבי זכאותו.

4.7 המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

4.8 מבלי לפגוע בכלליות האמור, המבטח יבדוק ויבחנו את המסמכים הרפואיים שגישה המבוטח וימצה את זכאותו על פי כל פרק או סעיף בו הוא מבוטח.

4.9 דחה המבטח תביעתו של מבוטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.

5. תגמולי ביטוח

5.1 מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ל או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תכניות השב"ל ותנאיהן לא יחולו על פוליסה זו.

5.2 תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח

עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:

- 5.2.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם**
- 5.2.1.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית.
- 5.2.1.2 כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.
- 5.2.1.3 במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.
- 5.2.2 השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם**
- 5.2.2.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבטח כנגד הצגת קבלות המעידות על התשלום עבור הטיפול.
- 5.2.2.2 תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות המקוריות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.
- 5.2.3 הגשת קבלות למבטח**
- 5.2.3.1 תשלום תגמולי ביטוח למבטח מותנה בכך שהמבטח המציא למבטח קבלות המאשרות ששילם את התשלום בפועל, באמצעות דואר, פקס, דואר אלקטרוני, או באמצעות אתר ייעודי של המבטח לצורך סילוק תביעות.
- 5.3 טיפולים רפואיים בחו"ל**
- תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 5.4 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר**
- תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק פועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח, ובלבד שהתשלום הועבר לחשבון המבטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.
- 5.5 פטירת מבטח**
- נפטר מבטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה ככל שמחויב המבטח בכל אחד מפרקי הפוליסה ליורשיו החוקיים של המבטח.
- 5.6 המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.**
- 5.7 זכאות במהלך שירות צבאי סדיר**
- במהלך שירות צבאי סדיר, יהיה ילדו של מבטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, ובפרק הניתוחים ללא צורך במיצוי זכאותו מהשב". למען הסדר הטוב יודגש כי על חייל בשירות סדיר לקבל אישור שלטונות צה"ל בטרם קבלת שירות רפואי באופן פרטי, עקב כך ייתכן כי המשרת - המבטח לא יוכל למצות את מלוא זכויותיו על פי תנאי פוליסה זו.
- 5.8 הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח**
- (א) לא קוימה חובה לפי סעיף 22 או לפי 23 (ב) לחוק חוזה הביטוח במועדה,

וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קיומה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

- (1) החובה לא קיומה או קיומה באיחור מסיבות מוצדקות;
 - (2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- (ב) עשה המבטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

6. ערעור על החלטת המבטח

- 6.1 במקרה של חילוקי דעות בין המבטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבטח רשאי לפנות לוועדת ערר.
- 6.2 ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 6.3 החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.
- 6.4 ועדת הערר תורכב משלושה נציגים כדלקמן: נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח.
- 6.5 החלטת הוועדה תתקבל ברוב קולות חבריה.
- 6.6 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.
- 6.7 אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה "המומחה"). במקרים שבדון יועץ הביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת הרופא המומחה ו/או המומחה לפי העניין. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.
- 6.8 המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.
- 6.9 למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

7. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

- 7.1 הייתה למבטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.
- 7.2 קיבל המבטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.
- 7.3 בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.
- 7.4 המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

8. הוראות לעניין כפל ביטוח - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט - 2015

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

9. הצמדה

- 9.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח הכול פי העניין, יהיו צמודים למדד.
- 9.2 חישוב הצמדה יעשה ע"י המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או ע"י המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.
- 9.3 מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין.

10. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, למעט במקרה שהמבוטח ו/או בעל הפוליסה אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם למשך תקופה העולה על 90 יום. במקרה זה יבטל הביטוח לאותו מבוטח ו/או עבור כלל המבוטחים שעבורם לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח.

11. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה

מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה ו/או של המבוטח, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא.

ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח, ובתנאי שבעל הפוליסה ערך הסדר ביטוח חלופי אצל מבטח אחר.

ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.

12. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

- 12.1 המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.
- 12.2 יובהר כי ביטול הפוליסה של החבר המבוטח יהווה גם ביטול הפוליסה של בן/בת הזוג וילדיהם. ביטול הפוליסה עבור בן/בת הזוג או ילדי החבר לא יהווה ביטול הביטוח של החבר.
- 12.3 יובהר למעלה מכל ספק כי בנסיבות בהן המבוטח ביטל את הפוליסה עבורו ו/או עבור בני משפחתו, לא יחולו לגביהם תנאי ההמשכיות במסגרת פוליסה פרטית כמפורט בס' 15 להלן.

13. ביטול הפוליסה על פי המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה - 2015

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי 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 מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו 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 מבטח 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; לענין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח 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 מבטח, 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.

14. תום הביטוח ו/או הפסקתו

14.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

- 14.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.
- 14.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את חברותו אצל בעל הפוליסה.
- 14.1.3 3 ימים מהיום בו הודיע המבוטח למבטח על ביטול הפוליסה
- 14.1.4 לגבי הכיסוי לימי החלמה עקב תאונה כאמור בסעיף 7 אשר בפרק י"ג – תאונות אישיות בתום החודש בו מלאו למבוטח 67 שנים. לגבי רובד רשות מחלות קשות כאמור בפרק י"ד - בתום החודש בו מלאו למבוטח 70 שנים.
- 14.1.5 לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג – היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח או בעל הפוליסה למבטח על סמך הודעה בכתב של המבוטח על גירושיו. לענין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.

14.2 סעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 14.1, לפי העניין, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

15. המשכיות

15.1 סיום ההסכם או ביטולו

- 15.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

- 15.1.2 דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 25% לכל תקופת הביטוח, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.
- 15.1.3 במקרה של ביטול הפוליסה על ידי מי מהצדדים, ובמקרה של חידוש הפוליסה אצל מבטח אחר באופן קבוצתי לכלל המבוטחים או לחלקם, המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.
- 15.1.4 המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים.
- 15.1.5 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 15.1.1 מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים או פחותים מאלה בהם היה המבוטח על פי פוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.
- 15.1.6 המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.
- 15.1.7 יובהר בזאת שהמבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.
- 15.1.8 מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכויותו בתקופת הביטוח הנוכחית, לרבות בשל טיפול רפואי מתמשך, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם את תגמולי הביטוח, הכול ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת ההסכם הנוכחית.
- 15.2 המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה**
- 15.2.1 מבוטח שסיים את חברותו אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לבחור להמשיך את הביטוח הקבוצתי עד תום מועד הסכם הביטוח הקבוצתי, או לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום חברותו, ברצף ביטוחי מלא.
- 15.2.2 דמי הביטוח בעת מעבר לפוליסה פרטית יהיו בהנחה בשיעור 25% לכל תקופת הביטוח, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.
- 15.2.3 עם היוודע למבטח סיום חברותו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע למבוטח בכתב על אפשרותו להמשיך את הביטוח בכל אחת מהאפשרויות המנויות בסעיף 15.2.1 לעיל, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה.
- 15.2.4 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום סיום החברות אצל בעל הפוליסה.
- 15.2.5 המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.
- 15.3 המשכיות הביטוח עקב גירושין**
- בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר עקב גירושיו מהחבר, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי החבר) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים או פחותים בלבד, על פי התנאים המצוינים בס"ק 15.1 לעיל.
- 15.4 פטירתו של חבר**
- מובהר כי שאיריו של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו. דמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים.

15.5 זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד

חבר שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח למשך תקופת החופשה בתעריף הנהוג לכלל מבוטחים, בכפוף לכך שיסדיר עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח.

16. דמי הביטוח

16.1 הפרמיות החודשיות בשקלים חדשים עבור כל מבוטח, הינן כמפורט בהסכם הביטוח והמופיעים ב"גילוי נאות" אשר מצורף לפוליסה זו. הפרמיות הינן עפ"י מדד 13802 אשר פורסם בתאריך 15.02.2024.

16.2 דמי הביטוח לכל מבוטח לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או עדכון פרמיה כמפורט להלן), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.

16.3 עדכון דמי הביטוח

16.3.1 בחלוף 18 חודשי הביטוח הראשונים, ובחלוף 24 חודשים נוספים, יעודכנו דמי הביטוח בהתאם לחישוב רווח והפסד אשר יבוצעו ע"י המבטח בהתאם לכללים הקבועים בהסכם הביטוח.

16.3.2 עדכון דמי הביטוח עבור כלל המבוטחים לגבי רובד ביטוח מסוים לגבי יערך החישוב, לא יעלה על 20% מדמי הביטוח, נכון למועד יום עריכת החשבון.

17. תקופת הביטוח

17.1 תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ-01.06.2022 ועד 31.05.2027 (להלן "תקופת ביטוח ראשונה"). בתום תקופה זו תחודש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת בת 60 חודשים, בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח על תנאי הביטוח ועדכון דמי הביטוח בהתאם.

17.2 חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, יחולו תנאי סעיף 3.3 לעיל, לפי העניין.

17.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

18. שינויים בפוליסה

18.1 בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.

18.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.

18.3 אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 3.3 ו-3.5 לעיל, לפי העניין.

19. אחריות המבטח לטיב השירותים הרפואיים

המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת

ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.

20. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל

20.1 חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אף אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבוטח בחו"ל. למעט: השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, וניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל, ובתנאי שהצורך בטיפול הרפואי התגלה לראשונה טרם יציאתו של המבוטח לחו"ל, והכל בכפוף לתנאים ולסייגים אשר בכל פרק לפי העניין. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

20.2 חבר ובני משפחתו אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, במסגרת עבודתו, יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח אשר משמעותה כדלקמן:

20.2.1 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה.

20.2.2 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל- 25% מהפרמיה אשר היה משלם אם היה מבוטח רגיל. יש להסדיר אמצעי גביה.

20.2.3 עם שובו של המבוטח ארצה יוכלו המבוטחים לשוב לביטוח הקבוצתי תוך 90 יום מיום שובם ארצה, ברצף ביטוחי מלא, ויראו את מועד צירופם לביטוח כמועד בו הצטרפו לראשונה לביטוח טרם הנסיעה.

21. התיישנות

21.1 תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח, למעט לגבי פרק י"ג - תאונות אישיות עבורו תקופת התיישנות היא שלוש שנים.

21.2 התיישנות בתביעת נכות

אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

22. חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח התשמ"א- 1981 יחולו על פוליסה זו בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

23. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום או באמצעות דואר אלקטרוני. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

24. מקום שיפוט

בתביעות שבין המבוטחים למבטח, מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מפוליסה זו יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי יחולו אותן הוראות וייחסו אותם פירושם המטילים על המבטח את מרב החביונות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הפוליסה על נספחיה יפורשו תמיד כמוסיפות על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כגורעות מהן.

פרק ד - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח

- 1.1 **הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, כולל בי"ח שיקומי, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.
- 1.2 **הוצאות חדר ניתוח:** כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, לרבות אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.
- 1.3 **הטסה רפואית:** 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 שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.4 **השתלה:**
 - 1.4.1 כריתה או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם (להלן: איבר/איברים), והשתלה או הוספה של איבר שלם או חלק מאיבר במקומם, לאחר שנלקחו מגופו של אדם אחר, ו/או ממקור אחר, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי (איבר מכאני- לא חי), ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים. במקרה בו יושג לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.
 - 1.4.2 השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.
- הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**
- 1.5 טיפול מיוחד בחו"ל: כל טיפול רפואי, לרבות ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול רפואי המשלב ביניהם, המבוצע בחו"ל ועונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:
 - 1.5.1 הטיפול הרפואי חיוני להצלת חייו המבוטח ואי ביצועו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח.
 - 1.5.2 הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה המטבולית או מחלה גידולית אחרת.
 - 1.5.3 מניעת הטיפול הרפואי עלולה לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי, או לפגיעה קשה בתפקוד היומיומי של המבוטח.
 - 1.5.4 הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
 - 1.5.5 על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.

- 1.5.6 הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.
- 1.5.7 טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ורופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח המליץ לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.
- לענין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול, יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל, מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל, במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.
- 1.5.8 על פי הניסיון שנצבר במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח, נראה כי סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.

הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיטות הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב – 2021

2. מקרה הביטוח

צורך בביצוע השתלה, או ביצוע השתלה בישראל או בחו"ל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח - 2008, או ביצוע או צורך בטיפול מיוחד בחו"ל.

לענין סעיף זה, צורך בביצוע השתלה או טיפול רפואי מיוחד: הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרלוונטי, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, לפי העניין. לענין סעיף זה - המועד הקובע לחבות המבטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול המיוחד.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1 הכיסוי הביטוחי במקרה של השתלה:

המבוטח יהיה זכאי לבחור באחד מבין 2 המסלולים החלופיים המפורטים בסעיף 3.1.1 או סעיף 3.1.2. **יובהר מעל לכל ספק כי המבוטח לא יוכל לקבל שיפוי/פיצוי בגין 2 המסלולים גם יחד.**

3.1.1. **מסלול שיפוי:**

3.1.1.1 **ביצוע השתלה באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח**

אם ההשתלה בוצעה באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.1.1.3.1 להלן ובכפוף לתקרות הקבועות בסעיף 3.1.1.3.1 להלן, אם נקבעו.

3.1.1.2 **ביצוע השתלה באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח**

במקרה של ביצוע ההשתלה באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד 5,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח, ובהתאם לאמור בסעיף 3.1.1.3.1 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם נקבעו.

3.1.1.3 **תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה בחו"ל**

א. הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד 212,560 ש"ח.

למען הסדר הטוב, יובהר כי תכוסה בדיקת ההערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל במחלקת תיירים לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

ב. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושטל, קצירת האיבר המושטל, ו/או ביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (איבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

ג. איתור או הפקת מח עצם

הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים בחו"ל עד לסך של 318,840 ₪.

ד. הוצאות בגין טיפול רפואי:

המבטח יישא בהוצאות עבור טיפול ובדיקות רפואיות שניתנו למבוטח בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

ה. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוזו ושהותו בבית החולים, לרבות בית חולים שיקומי, ובכלל זה שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, טיפול תרופתי, שתלים, אביזרים רפואיים וכל טיפול אחר הנדרש לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, או לצורך שיקומו, בהתאם להוצאות בפועל, בין אם האשפוז החל מ 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

ו. הוצאות שימוש בלב מלאכותי:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שימוש של המבוטח בלב מלאכותי עד לביצוע ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל.

ז. הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור עלות הצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, בהתאם להוצאות בפועל.

ח. הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה עבור המבוטח ומלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, בהתאם

להוצאות בפועל. אם גילו של המבוטח נמוך מ-18 שנה, המבוטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה עבור המבוטח ושני מלווים.

ט. הוצאות הטסת רופא:

בנוסף לאמור בס"ק ח. לעיל, המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

י. הוצאות הטסה רפואית:

המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל. הטסה רפואית משמעה - הטסה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההטסה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית.

יא. הוצאות העברה יבשתית:

המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד, ובמקרה שהמבוטח קטין - שני מלווים, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח, עפ"י ההוצאות בפועל. למען הסר ספק, יובהר כי המבוטח יכסה גם הוצאות הנובעות מהעברה באמבולנס, אם יהיה בכך צורך רפואי.

יב. הוצאות מגורים וכלכלה:

המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה ע"י רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של 1,000 ש"ח ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה 1,500 ש"ח לכל יום.

יג. הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:

המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים

מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל. חבות המבטח לשיפוי הוצאות המבטח עבור המשך טיפול בחו"ל הינה במסגרת החבות הכוללת של המבטח הקבועה בס"ק 3.1.1.1 ו-3.1.1.2 לפי העניין.

ד. המשך טיפול בישראל:

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. יובהר כי אם במהלך תקופת הביטוח בוצעו במבוטח מספר השתלות יחשבו כל ההשתלות כמקרה ביטוח אחד, והכיסוי עבור המשך הטיפול בישראל יסתיים לכל המאוחר 24 חודשים ממועד ביצוע הטיפול או ההשתלה האחרונה, וסה"כ ההחזר עבור כלל המשך הטיפולים בישראל לא יעלה על סך של 150,000 ₪.

טו. הוצאות הטסת גופה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

טז. הוצאות בגין מיסים והיטלים, הוצאות בגין המרת סכום הביטוח למטבע זר.

ז. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל:

המבטח יישא בעלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה – עד לסכום של 200,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה.

יח. בנסיבות שבהן המבוטח יצא לחו"ל לצורך ביצוע השתלה או טיפול מיוחד, וההשתלה לא בוצעה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל, ובתנאי שהוצגו לשביעות רצונו של המבטח כל המסמכים המעידים כי מטרת הנסיעה הייתה לצורך ביצוע השתלה.

ט. בוצעה השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח עבור אחד או יותר מההוצאות המנויות בס"ק א. עד יז. לעיל - יהא זכאי המבוטח לפיצוי חד פעמי בסך 371,980 ש"ח.

3.1.2. מסלול חלופי - פיצוי חד פעמי מיוחד בגין מחלה קשה:

המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי לסעיף 3.1.1 - מסלול המקנה פיצוי כספי במקרה שמצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה במפורט להלן:

3.1.2.1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה.

3.1.2.2. הכיסוי הביטוחי

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪ בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע ההשתלה. על אף האמור לעיל, פיצוי זה לא יחול על השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר.

3.1.2.3. למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.1.1.3 להלן.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021.

3.2. הכיסוי הביטוחי במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:

3.2.1. אם הטיפול המיוחד בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת.

3.2.2. במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,275,350 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3.2.3. תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל

המבטח יישא בעלות עבור השירותים הרפואיים הקבועים בסעיף 3.1.1.3 רבתי, ועד הסכומים הקבועים בסעיפי המשנה א. עד יח. - לפי העניין. לעניין סעיף זה בכל מקום המופיע המילה "השתלה" יבוא "טיפול מיוחד בחו"ל".

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

3.3. גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, או לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל:

3.3.1. גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל

3.3.1.1. לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי המבוטח, בחייו, לגמלה חודשית בסך 5,500 ₪, מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה בת 24 חודשים.

3.3.1.2. גמלה עפ"י ס' 3.3.1.1 לא תשולם למבוטח שעבר השתלת מח עצם.

3.3.1.3. קצבה חודשית למועמד להשתלה

מבוטח אשר אושרה זכאותו לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, ובהתאם לחו"ד של רופא תעסוקתי אינו מסוגל לעבוד באופן מלא בכל עבודה שהיא, יהיה זכאי לקבל תשלום גמלה בסך 4,000 ₪ עד למועד ביצוע ההשתלה ולא יותר מ 12 חודשים. תנאי לתשלום הגמלה כאמור בס"ק זה הוא כי המבוטח המציא אישור כי הוא נרשם במרכז הלאומי להשתלות בישראל.

3.3.1.4. יובהר למעלה מכל ספק כי מבוטח שעבר השתלה בארץ יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף זה.

3.3.2. גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל

מבוטח יהיה זכאי לגמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כדלקמן:

3.3.2.1. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד גילו מעל 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 3,500 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם החל ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

3.3.2.2. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד טרם מלאו לו 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 1,750 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

4. תנאי לחבות המבטח

- 4.1. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 4 בפרק ג' - תנאים כלליים.
- 4.2. תנאי לחבות המבטח לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, הוא כי המבוטח הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.
- 4.3. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 4 בפרק ג' - תנאים כלליים.
- 4.4. תנאי לחבות המבטח הוא כי הצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.

5. חריגים לפרק זה

- בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יכסה על פי פרק זה:
- 5.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
 - 5.2. השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל המהווים טיפול ניסיוני כהגדרתו בסעיף 29 אשר בפרק א' - הגדרות כלליות.
 - 5.3. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
 - 5.4. על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה, עקרות פוריות, עיקור מרצון והפלה.
 - 5.5. טיפולים נפשיים, טיפולים ברפואה משלימה.
 - 5.6. לא תכוסה השתלה של איבר שאינו מנוי ברשימת האיברים המצוינת בס' 1.4 בפרק זה. למען הסר ספק, השתלת מסתמים (כגון מסתם לב) או קוצב לב, או משאבת אינסולין, לא תיחשב כהשתלה לענין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה.
 - 5.7. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
 - 5.8. ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים לרבות תיקון קוצר ראייה: על אף האמור יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורף לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.
 - 5.9. מקרה ביטוח עקב מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 3 אשר בפרק ב' - חריגים כלליים.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021.

פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

בקורות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן, בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. הגדרות

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

- 1.1 **שירותי ניתוח ואשפוז:** כל השירותים הכרוכים בביצוע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח ובכלל זה שכר יעוץ עם המנתח לפני הניתוח ובתוך 90 ימים אחרי הניתוח, שכר מנתח בבית חולים, שכר יעוץ עם רופא מרדים, עלות רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ציוד מתכלה, שתלים שהושתלו במהלך הניתוח, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, בדיקות פתולוגיות, הוצאות האשפוז לפני ואחרי ביצוע הניתוח לרבות שירותי שיקום ושירותי אחות במהלך האשפוז, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.
- 1.2 **ניתוח מורכב:** ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח 7 ימים לפחות.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל, **ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.**

לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ניתוח או טיפול מחליף ניתוח": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוסס על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור ניתוח או טיפול מחליף ניתוח.

3. הכיסוי הביטוחי

המבטח יישא בעלויות עבור ביצוע בחו"ל של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, כדלקמן:

3.1 שירותי ניתוח ואשפוז:

- 3.1.1 עבור ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז.
- 3.1.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח אשר מבוצע ע"י נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי ניתוח ואשפוז, או עלות הכרוכה בביצוע טיפול מחליף ניתוח עד לסך של 1,275,350 ₪.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021.

3.2 הוצאות טיסה עבור ביצוע ניתוח מורכב בחו"ל

המבטח יישא במלוא העלות עבור טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה, ובמקרה שהמבוטח קטין – עבור המבוטח ושני מלווים.

3.3 הוצאות ההטסה רפואית

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד סכום ביטוח מרבי בסך 100,000 ש"ח. אם תואמה ההטסה הרפואית על ידי המבטח, יכסה המבטח את מלוא ההוצאה. לעניין זה "הטסה רפואית" – הטסה באמצעות "אמבולנס אווירי" או בטיסה סדירה המותאמת לצרכים הרפואיים של המטופל, בליווי רופא או צוות רפואי, ומכשור רפואי לצורך טיפול או ניטור מצבו הרפואי של המבוטח במהלך הטיסה.

- 3.4. שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים**
המבטח ישפה את המבוטח עבור העברתו לבית חולים או ממנו, או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.
- 3.5. התייעצות עם מומחה בישראל**
המבטח יישא בעלות 2 התייעצויות בקשר לניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 1,500 ₪ לכל התייעצות.
- 3.6. חו"ד נוספת עם רופא מומחה בחו"ל**
המבטח ישפה את המבוטח עד 4,000 ש"ח עבור התייעצות אחת עם מומחה בחו"ל, שאינו מבצע הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל.
- 3.7. כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח ומלוויו בחו"ל לצורך ביצוע הניתוח:**
המבטח ישתתף בהוצאות השהיה של המבוטח ומלווה אחד שהוצאו בפועל, ועד לסך 1000 ש"ח ליום, ועד תקרה של 30 ימים. אם המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים ועד לסך של 1,500 ₪. המבטח יישא בעלות השהייה של המבוטח בחו"ל בכפוף לצורך רפואי, ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל.
- 3.8. כיסוי לטיפול שיקום**
המבטח ישתתף בשיעור 80% מההוצאה עבור טיפולי שיקום, מכל סוג שהוא, הנדרשים עקב ביצוע הניתוח או הטיפול בחו"ל, ועד 250 ₪ לכל טיפול. הזכאות הינה בעבור עד 16 טיפולים שבוצעו בישראל במהלך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח או הטיפול בחו"ל.
- 3.9. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר**
המבטח ישתתף בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 750 ש"ח לכל יום החלמה בבית החלמה או שיקום בישראל המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, בעקבות הניתוח או הרפואי שבוצע בחו"ל ולמשך תקופה מירבית של 14 ימים. הזכאות הינה לתקופה רציפה אחת שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בתוך תקופה של 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי בחו"ל, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**
- 3.10. כיסוי להוצאות הטסת גופה:**
המבטח יישא בעלות הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.
- 4. תנאי לחבות המבטח על פי פרק זה**
- 4.1. תנאי לחבות המבטח לביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, כי המבוטח הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.**
- 4.2. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 4 בפרק ג' - תנאים כלליים.**
- 4.3. תנאי לחבות המבטח הוא כי צורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.**
- 4.4. המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח בכפוף לקיום התנאים המצטברים הבאים:**

- 4.4.1. רופא מומחה בישראל או בחו"ל המליץ על ביצוע ניתוח.
- 4.4.2. הטיפול מחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע במבטוח את הטיפול מחליף ניתוח.
- 4.4.3. הטיפול מחליף ניתוח בוצע בבית חולים או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם פועלים.
- 4.5. למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום, ואינה כוללת, ביטוח נסיעות לחו"ל.

5. חריגים מיוחדים 54

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, על פי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 5.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 5.2. ניתוחים או טיפולים רפואיים ניסיוניים כהגדרתם בסעיף 1.31 בפרק א'- הגדרות כלליות.
- 5.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, ולמעט: ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטח, או ניתוח לקיצור קיבה למבטוח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבטוח עם BMI גבוה מ- 40. כמו כן יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.
- 5.4. בדיקות מכל סוג אלא אם כן נעשו לצורך ביצוע ניתוח או במהלכו.
- 5.5. טיפולי פוריות או הפריה, או עיקור מרצון או הפלה.
- 5.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 5.7. השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בפרק ד'. בכל מקרה לא יחול כפל ביטוח בין פרק ד' לבין פרק זה.
- 5.8. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבטוח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבטוח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 5.9. מקרה ביטוח עקב מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 3 אשר בפרק ב'- חריגים כלליים.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבטוח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021.

1. הגדרות

- בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א תהיה למונחים הבאים המשמעות שבצדם:
- 1.1 **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך.
 - 1.2 **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד.
 - 1.3 **סל שירותי הבריאות:** כל השירותים הרפואיים, והתרופות, הניתנות ע"י קופות החולים, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, או מכח מחויבותה של קופת החולים כלפי מבטוחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
 - 1.4 **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרוקחים (תיקון מס' 24) תשע"ו- 2016, שנועד לטפל במצב רפואי לרבות טיפול בסימפטומים רפואיים (כולל כאב), שנגרמו עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתם (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים).
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיטות הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב אותו על פי הוראת רופא מומחה לקבל טיפול תרופתי, באורח חד פעמי או מתמשך, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המצויות להלן:

2.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן "המדינות המוכרות": ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA)).

2.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מסופקת ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח, או אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

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

1. פרסומי ה- FDA
2. American Hospital Formulary Service Drug information
3. US Pharmacopoeia Drug Information Drugdex Micromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

- א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II
 - ב. חוזק הראיות ((Strength Of Evidence נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II
4. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

- א. NCCN
- ב. ASCO
- ג. NICE

ד. ESMO Minimal Recommendation

2.4 **תרופת יתום** - תרופה אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, המשמשת לטיפול במחלה נדירה ואשר הוכרה כתרופת יתום על ידי אחת או יותר מהמדינות המוכרות לטיפול במצבו הספציפי של המבוטח.

2.5 טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית.

מבלי לפגוע בזכויותיו של המבוטח לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה הכלולה בקריטריונים המצוינים בסעיף 2.1-2.4 לעיל, המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

2.5.1 תרופה שאינה רשומה בספר התרופות ושאושרה לייבוא אישי כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד מכח תקנה 29 א (3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו - 1986

2.5.2 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים, לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.5.3 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, והנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור בעדיפות ("Priority Review"), במסלול אישור מהיר ("Fast Track Designation"), או מסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval"), או שסווגה ע"י ה-FDA כ"תרופה פורצת דרך" ("Breakthrough Designation"), או לאחר השלמת ניסויים קליניים לתרופה, בשלב שאושר ה-NDA עבור התרופה (New Drug Application).

2.5.4 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.

2.5.5 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על בדיקה גנטית או בדיקה גנומית מולקולרית, או בדיקה אימונוהיסטוכימית שבוצעו במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטות הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

3. תגמולי ביטוח

3.1 סכום ביטוח מרבי עבור טיפול תרופתי

3.1.1 הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בס' 2.1-2.4, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה /או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 4,251,200 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.

- 3.1.2 הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בס' 2.5.1-2.5.6, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ו/או האביזר או השתל לצורך החדרת התרופה, יהיה בסך 1,000,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.
- 3.1.3 יובהר כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר, ועד תקרת חבות המבטח, לפי העניין. הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021
- 3.2 השתתפות עצמית**
- 3.2.1 המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 265 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.
- 3.2.2 למרות האמור, בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ל בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות העצמית.
- 3.2.3 אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 1,000 ₪, המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית.
- 3.2.4 המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

4. ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן

המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ועד 400 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

5. טיפול בקנאביס רפואי

המבטח יישא בשיעור 80% מעלות רכישת קנאביס רפואי, בתפריח או בשמן, ועד 400 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים.

לעניין סעיף זה "קנאביס רפואי" - לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח או בסימפטומים הנובעים ממצבו הרפואי, על פי המלצה מאת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, ובכפוף לרישיון שהונפק ע"י היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות או ע"י רופא שהוסמך לכך ע"י משרד הבריאות, ובלבד שרכישת הקנאביס תבוצע בבתי מרקחת המורשים ע"י משרד הבריאות.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

6. בדיקות גנטיות

המבטח יישא בשיעור 80% ועד 60,000 ₪ עבור בדיקה גנומית מולקולרית לצורך אבחון הפרופיל הגנומי של הגידול הסרטני, או בדיקה אימונוהיסטוכימית לאיתור ולמיקום חלבונים בדגימה של הרקמה, שבוצעו במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים, **על פי הפנייה של רופא אונקולוג**, לצורך גילוי ואבחון מחלת הסרטן ודרכי הטיפול בה.

6. תנאי לחבות המבטח

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 4 בפרק ג' - תנאים כלליים.

7. חריגים מיוחדים

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור:

- 7.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 7.2 תרופות ניסיוניות או הניתנות במסגרת ניסוי קליני. יובהר כי תרופות המכוסות על פי סעיף 2.5 על סעיפי המשנה בו, לא יחשבו כתרופות ניסיוניות לעניין פרק זה.
- 7.3 תרופות לטיפול באין אונות, תרופות לטיפול שניניים או חניכיים.
- 7.4 טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת, וכן תרופות לטיפול אנטי אייג'ינג, או חיסונים, טיפול תרופתי מונע לרבות מניעת עישון.
- 7.5 תרופה למטרות דיאטה למעט של מבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 7.6 ויטמינים או תוספי מזון או באמצעות קנאביס רפואי למעט האמור בסעיפים 4 ו-5, לפי העניין.
- 7.7 שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה (סטנט).
- 7.8 מקרה ביטוח עקב מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 3 אשר בפרק ב' - חריגים כלליים.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטות הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

פרק 2 - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, עבור הוצאות רפואיות מיוחדות, בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

1. הגדרות לפרק זה:

טיפול רפואי: כל טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שניתנו למבוטח בישראל או בחו"ל, לרבות ומבלי למצות, עלות שירותי מחקר ומידענות רפואית, איתור נותני שירותים בארץ ובחו"ל, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות מכל סוג שהוא עפ"י הוראת רופא מומחה, שירותי ניתוח ואשפוז עבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים או לרופא, שירותי סיוע והשגחה במהלך האשפוז, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום מכל סוג שהוא, טיפול בכאב, שימוש באביזרים רפואיים מושתלים חיצוניים או מתכלים, (לרבות פיאה עקב טיפול במחלת הסרטן), הוצאות העברה באמבולנס הנדרשות עקב המצב הרפואי לצורך קבלת השירותים כאמור, וכן טיפולים הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה כגון הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן.

2. מקרה הביטוח

גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח. מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו: אובחנה המחלה או הצורך בטיפול הרפואי או המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3. רשימת המחלות והאירועים הרפואיים המזכים בתגמולי ביטוח

- 3.1 **איבוד גפיים (Loss of Limbs) - איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.**
- 3.2 **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול, ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.**
- 3.3 **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) - אי ספיקת כבד פתאומית חריפה, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי הסימנים הבאים:**
 - א. הקטנה חדה בנפח הכבד;
 - ב. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
 - ג. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
 - ד. צהבת, מעמיקה;
- 3.4 **אי ספיקת כליות סופנית (End stage Renal Failure) - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.**
- 3.5 **אנמיה אפלטטית קשה (Severe Aplastic Anemia) - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלטטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:**

- א. עירוי מוצרי דם;
 ב. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 ג. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 ד. השתלת מוח עצם.
- 3.6 **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)** - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע הממכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
- 3.7 **דלקת חידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
- 3.8 **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק נוירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
- 3.9 **השתלת איברים (Organ Transplantation)** - ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי אם דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.
- 3.10 **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:
 א. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין מעבר לערכי הנורמה, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.
 ב. קיומה של לפחות אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
- 3.11 **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 3.12 **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיליניציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לפחות לאירוע אחד של דמיליניציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 3.13 **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנמימות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ כ"א או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ כ"א, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- 3.14 **כוויות קשות (SEVERE BURNS)** - פצע, צריבה בעור הגוף שנגרמו ע"י נגיעה באש או בחומר או נזל חם/קפוא, או נגיעה בחומר כימי אשר גרמו לכוויות מדרגה שלישית בלפחות 20% מהשטח.
- 3.15 **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) Terminal Liver Disease** - מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
 א. צהבת;
 ב. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
 ג. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
 ד. אנצפלופטיה כבדית;
 ה. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלינזם.

- 3.16 **מחלת ריאות חסימתית ורסטרקטיבית כרונית (Chronic Abstractive and Restrictive Lung Disease) - מחלת ריאות חסימתית סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:**
 א. 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;
 ב. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.
 או מחלה ריאתית סופנית עם הפרעה רסטרקטיבית קשה בתפקודי הריאה.
- 3.17 **ניוון שרירים מסוג (Amyotrophic Lateral Sclerosis) (ALS) - עדות לפגיעה משולבת בנירונים המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקות EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת ומתקדמת. האבחנה תקבע על ידי ניירולוג מומחה.**
- 3.18 **ניתוח גדול - מצב רפואי המחייב ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב (CABG) צנתור טיפולי של העורקים הכליליים באמצעות סטנט או בלון, מובהר כי צנתור אבחוני אינו מכוסה על פי סעיף זה, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, (Open Heart Surgery for Repair Valve or replacement) תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן (Aorta), ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה צווארי או גבי- מותני, ניתוח להחלפה מלאה, חלקית או תיקון של מפרק ירך, מפרק ברך, מפרק כתף, או הקרסול.**
- 3.19 **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 טרם מלאו לו 18 שנה.**
- 3.20 **סרטן (cancer) נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות, וכן מחלת הסרטן תכלול גם ליוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר כי על אף האמור, הגדרת סרטן על פי סעיף זה תכלול גם גילוי סרטן מוקדם - גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים – (in situ).**
- 3.21 **עיוורון (Blindness) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.**
- 3.22 **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, کلیה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.**
- 3.23 **פגיעה מוחית כתוצאה מתאונה (Brain Damage) - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא ניירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).**
- 3.24 **פוליו (שיתוק ילדים) (Poliomyelitis) - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.**
- 3.25 **פרקינסון (Parkinson's Disease) - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחן ע"י ניירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.**
- 3.26 **צפדת (טטנוס) (Tetanus) - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetani, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.**

- 3.27 **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.**
- 3.28 **שבץ מוחי (CVA) - כל אירוע מוחי (צרבוסקולרי), 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.**
- 3.29 **שיתוק (פרפלגיה, קוורדריפלגיה) (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).**
- 3.30 **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.**
- 3.31 **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 60 יום.**
- 3.32 **נכות צמיתה - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:**
- נכות עקב מחלה אחת מסוימת שאינה מנויה ברשימת המחלות או האירועים המצוינים לעיל, ושהתגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, או נכות עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
 - המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 50%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין פגיעה אחת מסוימת (ולא בגין מספר פגיעות או מחלות יחד) בשל מחלה או התאונה. למרות האמור לעיל נכות זמנית יתייחס בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
 - מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 1-5-2013 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).
- הגדרת המחלות: גידול שפיר של המוח, השתלת איברים, חירשות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, עיוורון, סרטן, דלקת חידקית של קרום המוח, דלקת מוח, פרקינסון, תשישות נפש ונכות צמיתה, נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות" 1-17-2015.**

4. תגמולי הביטוח

- 4.1 **זכאותו של המבוטח על פי פרק זה הינה אך ורק בקרות אחת המחלות או האירועים המצוינים לעיל, ולאחר מיצוי זכאותו של המבוטח על פי כל פרק או רובד ביטוחי אותו רכש המבוטח. יובהר כי זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי כל פרק אחר בפוליסה ועל פי פרק זה לא יעלו על סך ההוצאה בפועל.**

- 4.2 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מההוצאות בפועל ועד לסך של 53,140 ₪, עבור הוצאות רפואיות בגין גילוי מחלות או אירועים רפואיים המפורטים בסעיף 3 בפרק זה, שבוצעו בישראל או בחו"ל, **במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.**
- 4.3 על אף האמור בסעיף 4.2, עבור השירותים המצוינים להלן המבטח ישפה את המבוטח בשיעור הנקוב לגבי אותו טיפול ועד הסכום המירבי הנקוב לגבי אותו טיפול:
- 4.3.1 עבור הוצאות רפואיות במקרה של גילוי סרטן מוקדם - עד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 4.2.
- 4.3.2 עבור צנתור טיפולי באמצעות בלון או סטנט - עד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 4.2.
- 4.3.3 עבור שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל - עד 4,675 ₪.
- 4.3.4 תוספי מזון, ויטמינים, טיפול בקנאביס, כל אלה על פי הוראת רופא מומחה בלבד, עד 300 ₪ לחודש לכל אלה יחד, ועד 20% מסכום הביטוח בסך הכול.
- 4.4 מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, ואירעו מקרי ביטוח נוספים, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 4 זה, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.
- 4.5 **המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי עבור אובדן כושר עבודה, אלא רק שיפוי עבור הוצאות רפואיות.**

5. חריגים

בנוסף ל חריגים כלליים - פרק ב', בפרק זה יחולו החריגים הבאים:

- 5.1 **מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.**
- 5.2 **מקרה ביטוח עקב מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 3 אשר בפרק ב'- חריגים כלליים.**
- 5.3 **המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.**

1. שירותי אבחון מהיר

1.1 הגדרות לסעיף זה:

בסעיף זה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת לצידם:

- 1.1.1 **רופא ממיין:** רופא מומחה עימו קשור הספק בהסכם תקף כרופא ממיין בקשר למתן שירות אבחון מהיר במועד קבלת השירות בפועל.
- 1.1.2 **תהליך אבחון:** תהליך רפואי שעובר מבוסס לפי החלטת הרופא הממיין, או רופא מומחה אליו הופנה המבוסס ע"י הרופא הממיין כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה על פי סימנים ותסמינים.
- 1.1.3 **תהליך אבחון בסיסי:** פגישה ראשונית עם רופא ממיין, הכוללת: הכוונה רפואית הכוללת בין היתר איסוף מידע ואבחון ראשוני, בדיקות רפואיות אבחנתיות ראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון, הפניה לרופא מומחה שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.
- 1.1.4 **תהליך אבחון מקיף:** שירות "רופא ממיין" הכולל:
 - 1.1.4.1 תהליך אבחון בסיסי.
 - 1.1.4.2 התייעצות עם רופא/ים מומחה/ים אליהם הופנה המבוסס ע"י הרופא הממיין.
 - 1.1.4.3 בדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות על פי הוראת הרופא הממיין או רופא מומחה שהבעיה הרפואית בתחום מומחיותו, בנוסף לאלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי.
 - 1.1.4.4 פגישת סיום עם רופא הממיין ומתן המלצות להמשך טיפול.

1.2 מקרה הביטוח

ביצוע אבחון מהיר במהלך תקופת הביטוח.

1.3 תגמולי ביטוח

- 1.3.1 המבוסס יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור שירותי "אבחון מהיר" הניתן במסגרת בית חולים פרטי בישראל, במהלך תקופת הביטוח. הזכאות הינה לאבחון בסיסי או מקיף, (אחד משניהם) פעם אחת בכל שנת ביטוח. המבטח יישא בהשתתפות עצמית בשיעור 20% מהעלות בפועל עבור האבחון ולא יותר מהסכומים הקבועים להלן:
 - 1.3.2 עבור תהליך אבחון בסיסי (תוך 3 ימי עבודה): 170 ₪.
 - 1.3.3 עבור תהליך אבחון מקיף: (תוך 7 ימי עבודה): 480 ₪.

1.4 תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה

המבטח ישתתף בעלות השירות אך ורק בהתקיים התנאים שלהלן:

- 1.4.1 פגישת היעוץ הראשונה עם הרופא הממיין תואמה תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המבטח לקבל את השירות, והאבחון בוצע והושלם תוך 7 ימי עבודה ממועד פגישת היעוץ הראשונה עם הממיין.
 - 1.4.2 השירות ניתן בבית חולים או מרכז רפואי פרטי בישראל או ע"י נותני שירות אשר בהסכם עם המבטח.
 - 1.4.3 התשלום עבור השירות במלואו שולם במישרין ע"י המבטח לבית החולים או המרכז הרפואי הפרטי.
 - 1.4.4 יובהר כי המבטח לא יהיה זכאי לשיפוי נוסף בגין שירות זה, על פי סעיף אחר בפרק זה או עפ"י כל פרק אחר בפוליסה.
- 1.5 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.

2. שירות "רופא מלווה"

- 2.1 מקרה הביטוח**
שירות יעוץ וליווי ע"י רופא מומחה מלווה במהלך תקופת הביטוח. לעניין סעיף זה "רופא מלווה": רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי, ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימות למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבירור או הטיפול הרפואי, יעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם, והמלצות להמשך טיפול.
- 2.2 תגמולי ביטוח**
המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "רופא מלווה" ועד 2,657 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.
- 2.3 תנאי לחבות המבטח**
שירות רופא מלווה יכלול לפחות פגישת ייעוץ פרונטלית אחת עם הרופא המלווה במהלך 3 חודשים מתחילת השירות.
- 2.4 חריגים**
לפי סעיף זה לא יכוסו:
2.4.1 בעיות בהתפתחות הילד.
2.4.2 טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.
2.4.3 יעוץ במהלך אשפוז של המבוטח בבית חולים.
2.4.4 טיפולים למטרות יופי ואסתטיקה.
2.4.5 פוריות, הריון או עקרות.
2.4.6 טיפולים ברפואה משלימה.
- 2.5 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.**

3. חוות דעת שנייה של רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי

- 3.1 מקרה הביטוח**
יעוץ ע"י רופא מומחה במהלך תקופת הביטוח, בעת שהותו של המבוטח באשפוז בבית חולים ציבורי.
- 3.2 תגמולי הביטוח**
המבטח ישתתף בשיעור של 80% ועד 2,657 ₪ מעלות עבור חוות דעת שנייה שניתנה, בעת שהות המבוטח באשפוז, ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח. השירות כולל בין היתר גם ביקור הרופא במחלקה בו מאושפז המבוטח.
- 3.3 תנאי לחבות המבטח**
תנאי לחבות המבטח לפי סעיף זה כי המבוטח מאושפז בבית חולים ציבורי לתקופה העולה על 3 ימים ברציפות.
- 3.4 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.**

4. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

- 4.1 מקרה הביטוח**
התייעצות וחוות דעת רפואית נוספת עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, במהלך תקופת הביטוח.
- 4.2 תגמולי ביטוח**
4.2.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מההוצאה אך לא יותר מ- 7,652 ₪, עבור התייעצות שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.

4.2.2	תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
4.2.3	במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 850 ש"ח לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
4.2.4	יובהר כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירותים הרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.
4.3	תנאי לחבות המבטח יובהר כי חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.
4.4	תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.
5.	<u>בדיקות סקר ורפואה מונעת למבוטחים מעל גיל 40</u>
5.1	מקרה הביטוח בדיקת סקר רפואי אשר בוצע במהלך תקופת הביטוח. לעניין סעיף זה, בדיקת הסקר תכלול לכל היותר את הבדיקות הבאות בלבד: 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 ממוגרפיה, בדיקת PAP SMEAR, בדיקת PSA ובדיקת צפיפות העצם.
5.2	תגמולי ביטוח המבטח ישתתף בעלות ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), בניכוי השתתפות עצמית של המבוטח בסך 300 ₪ לכל בדיקה. הזכאות לביצוע בדיקות סקר הינה אחת בכל 2 שנות ביטוח.
5.3	תקופת אכשרה לסעיף זה 24 חודשים
6.	<u>בדיקות סקר סרטן וגילוי גנים סרטניים</u>
6.1	מקרה הביטוח ביצוע סקר סרטן וגילוי גנים סרטניים במהלך תקופת הביטוח.
6.2	תגמולי ביטוח המבטח ישתתף בעלות בדיקת סקר סרטן ובדיקת אבחון גנטי לגילוי גנים סרטניים, בניכוי השתתפות עצמית של המבוטח בסך 300 ₪ לבדיקה. הזכאות הינה פעם אחת בתקופת הביטוח.
6.3	תקופת אכשרה לסעיף זה 24 חודשים
7.	<u>חריגים אשר יחולו על כל הסעיפים אשר בפרק זה:</u>
7.1	התייעצויות או בדיקות הריון.
7.2	התייעצויות או בדיקות לצורך טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.
7.3	התייעצויות או בדיקות לצורך טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
7.4	התייעצויות או אבחונים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ט' ט' (1), ט' (2) - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

פרק טו - ניתוחים ומחילפי ניתוח פרטיים בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 **בית חולים פרטי:** אחד מאלה:
 - 1.1.1 **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית** ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;
 - 1.1.2 **בית חולים ציבורי כללי** כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
 - 1.2 **התייעצות:** התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, ובין אם בוצעה אחריו;
 - 1.3 **הסדר ניתוח:** הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
 - 1.4 **הסדר התייעצות:** הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
 - 1.5 **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
 - 1.6 **מרפאה כירורגית פרטית:** מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
 - 1.7 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
 - 1.8 **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 **שתל:** כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
 - 1.11 **תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור 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 במבטוח במהלך תקופת הביטוח, או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי

פוליסת ניתוחים על פי פרק זה תכלול כיסוי למקרים אלה בלבד:

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

אם בחר המבטוח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם, ישפה המבטוח את המבטוח עד לתקרה של 1,500 ש"ח לכל התייעצות.

שכר מנתח:

3.2. 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;

3.3. טיפול מחליף ניתוח: כיסוי זה לא ישלול מהמבטוח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטוח לטיפול נוסף, וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הינה עפ"י הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטוח, בכתובת: WWW.AYALON-INS.CO.IL

3.4. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטוח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4. תגמולי הביטוח

4.1 תגמולי ביטוח במקרה של מימוש זכאותו של המבטוח על פי תנאי השב"ן

4.1.1. לאחר שהמבטוח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, תשלם חברת ביטוח למבטוח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן. תגמולי הביטוח בתכנית זו יהיו עד לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי חברת הביטוח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בית החולים).

4.1.2. **קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:**

4.1.2.1. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבטוח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ולרבות במקרה שבו נותן השירות אינו בהסדר עם השב"ן בו חבר, או במקרה שהניתוח או הטיפול מחליף ניתוח לרבות הטכנולוגיה שבאמצעותה הם מבוצעים אינה כלולה בסל השירותים של השב"ן בה חבר המבטוח, ישולם למבטוח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי חברת הביטוח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות).

4.1.2.2. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבטוח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבטוח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.

4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטוח

אם בחר המבטוח שלא לפנות למימוש זכאותו במסגרת השב"ן, והניתוח או טיפול מחליף ניתוח בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטוח, יישא המבטוח בהוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח, בניכוי השתתפות עצמית בשיעור 20% מהסכום הנקוב באתר המבטוח לגבי אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ועד 3,000 ₪. ההשתתפות העצמית תחול לגבי כל ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ותשולם ישירות ע"י המבטוח לנותן השירות. **יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבטוח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור.**

4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטוח

אם בחר המבטוח שלא לפנות למימוש זכאותו במסגרת השב"ן, והניתוח או טיפול מחליף ניתוח בוצע באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטוח, יישא המבטוח בעלות ההוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטוח לגבי אותו ניתוח או הטיפול מחליף ניתוח. מסכום ההחזר למבטוח הנקוב באתר המבטוח, תנוכה השתתפות עצמית בשיעור 20% מהסכום הנקוב באתר המבטוח, ועד 3,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

4.4. אם המבטוח הינו חייל בשירות סדיר יהיה המבטוח פטור מתשלום השתתפות עצמית.

4.5. תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).

5. תקופת אכשרה

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

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

6. חריגים מיוחדים לפרק זה

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

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

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

5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבטוח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטוח עם יחס BMI גבוה מ- 40.

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

6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטוח של ריאה, לב, כליה, בלבב, 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.

- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לענין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי, 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. הצטרפות ל"ביטוח ניתוחים מ"שקל הראשון" במקרה של ביטול השב"ן

- 7.1. מבוטח שהצטרף לביטוח במסלול "משלים שב"ן" עפ"י פרק זה, ובמועד הצטרפותו היה חבר בתכנית שב"ן, ובמהלך תקופת הביטוח הסתיימה חברותו בשב"ן מסיבה כלשהי, והמבוטח לא חידש חברותו באותה תכנית שב"ן או לא הצטרף לתכנית שב"ן אחרת, יהיה זכאי לרכוש את פוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון כאמור בפרק ט(2), במסגרת פוליסה פרטית. ההצטרפות לפוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון תהיה ברצף ביטוחי מלא, ותיכנס לתוקפה בדיעבד ממועד בו הסתיימה החברות בשב"ן.
- 7.2. מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לפוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון, ברצף ביטוחי מלא, מותנית בכך שהוגשה בקשת הצטרפות תוך 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן כפי שמצוין בהודעת הביטול שנשלחה למבוטח ע"י השב"ן.
- 7.3. בקשת הצטרפות לביטוח ניתוחים מהשקל הראשון לאחר 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן, כרוכה במילוי הצהרת בריאות ואישור מפורש מאת המבוטח על קבלתו לביטוח.
- 7.4. דמי הביטוח החדשיים עבור פוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון יהיו על פי התעריף המוצע לכלל האוכלוסייה ע"י המבוטח, בהתאם למגדר וגיל המבוטח במועד הרכישה.

8. מובהר ומוצהר בזאת

כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה על פי התנאים הקבועים בפרק זה, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פרק זה.

1. הגדרות לפרק זה

- 1.1 **בית חולים פרטי:** אחד מאלה:
 - 1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;
 - 1.1.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשויה לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 **התייעצות:** עמ' רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.3 **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.4 **מרפאה כירורגית פרטית:** מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.5 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
- 1.6 **קופת חולים:** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994;
- 1.7 **רופא מומחה:** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.8 **שתל:** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- 1.9 **תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת אכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 **הסדר ניתוח:** הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הצידוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
- 1.11 **הסדר התייעצות:** הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

- פוליסת ניתוחים על פי פרק זה תכלול כיסוי למקרים אלה בלבד:
- 3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;
אם בחר המבוטח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם - ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרה של 1,500 ש"ח לכל התייעצות.
 - 3.2 שכר מנתח;
 - 3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
 - 3.4 טיפול מחליף ניתוח: כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף, וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הינה עפ"י הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח. בכתובת: WWW.AYALON-INS.CO.IL.
 - 3.5 יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4. תגמולי ביטוח

- המבטח יישא המבטח בתגמולי ביטוח כמפורט להלן:
- 4.1 ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח אם בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ישלם המבטח לנותן השירות את ההוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח. יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור.
 - 4.2 ביצוע הניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח אם בוצע הניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, ישפה המבטח את המבוטח בהוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח, אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח.
 - 4.3 תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).

5. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. לגבי להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה של 12 חודשים בלבד.

6. חריגים לכיסוי

- פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:
- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה;
 - 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;

- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול, שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
- 6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 6.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, עליה, 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;
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

הרחבה לרובד רשות ראשון

פרק י - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח

1. מקרה הביטוח

שירות רפואי או שיקומי שניתן למבוטח בישראל, לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל שבוצע במהלך תקופת הביטוח.

2. תנאי לחבות המבטח

- 2.1 הזכאות לתגמולי ביטוח הינה לגבי טיפולים המצוינים להלן, והם בלבד, שניתנו למבוטח במהלך האשפוז או לאחר השחרור מבית חולים או המרפאה הכירורגית בישראל, במהלכו בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, (להלן "תקופת הזכאות").
- 2.2 בנסיבות בהן יבוצע ניתוח חוזר עקב אותה בעיה רפואית, תסתיים תקופת הזכאות במועד ביצוע הניתוח החוזר. לאחר ביצוע הניתוח החוזר תימנה תקופת הזכאות מחדש.
- 2.3 יובהר כי אם במהלך האשפוז בוצעו מספר ניתוחים, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח עבור שירותים שניתנו לו לאחר השחרור מאשפוז, ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, לפי העניין.

3. תגמולי ביטוח

המבטח יישא בעלות שירותי אשפוז או שיקום, כמפורט להלן:

3.1 שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח

המבטח ישתתף בשיעור 80% בעלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכו' עזר (שלא ע"י בן משפחה) בעת שהותו של המבוטח בבית ח"י בישראל, עד 350 ₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

3.2 טיפול שיקומי בעת אשפוז

המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד 350 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוזו של המבוטח בבית חולים שיקומי.

3.3 סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח

3.3.1 מבוטח שגילו עד 67 שנים, שאושפז בבית חולים בישראל, לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר, המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% ועד 420 ₪ ליום עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון הסמוך לבית החולים, החל מיום האשפוז החמישי (5) ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה.

3.3.2 הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

3.3.3 מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.

3.4 עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו, לפי התעריף הרשמי

הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה. יובהר כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבטח הנמצא בחו"ל לישראל.

3.5. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר

אם בוצעו במבטח: ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה מהם היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 4 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 797 ש"ח לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

3.6. טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום לאחר ניתוח

3.6.1. המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד 249 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים.

3.6.2. הטיפול יינתן ע"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3.7. התעמלות שיקומית לאחר ניתוח

המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד לסכום מרבי של 215 ש"ח לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

3.8. אביזרים רפואיים לאחר ניתוח

3.8.1. המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור אביזרים רפואיים שרכש במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ניתוח ונדרשים עקב ביצוע הניתוח, ועד לסך מצטבר של 4,251 ש"ח לכל תקופת הביטוח. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

3.8.2. חריגים לסעיף זה

3.8.2.1. לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפול שניניים.

3.8.2.2. לא יכוסו אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית, טלפון סלולרי ו/או שעון חכם מכל סוג שהוא.

3.8.2.3. לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

3.8.2.4. לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

3.8.2.5. לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראוטמית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. כמו כן יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.

3.8.2.6 לא יכוסו מוצרי טואלטיקה מכל סוג שהוא לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה, פריטי ביגוד והנעלה, אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, מוצרי מזון, תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות וכן מכשירי טלפון סלולרי או שעונים מכל סוג שהוא.

3.9 שירות למבוטח המרותק לביתו, לאחר ביצוע ניתוח

בנוסף לזכאותו של המבוטח להשתתפות המבוטח עבור השירותים והטיפולים על פי פרק זה, מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו, יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 80% ועד 5,000 ש"ח עבור השירותים המצוינים להלן בלבד, שניתנו לו במקום מגוריו, במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים, ועד הסכומים הקבועים בכל סעיף לפי העניין.

3.9.1 שירותי אחות פרטית

שירותי אחות בבית המבוטח, לצורך טיפול בפצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוי, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיית צנתרים וכדומה, עד 250 ש"ח לכל ביקור.

3.9.2 שירות רופא בבית

בדיקה וביקורת תקופתית ע"י רופא בבית המבוטח, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכו' עד 350 ש"ח לכל ביקור.

3.9.3 שירות טיפול וסיוע תפקודי

מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, ששוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח, ונמצא כמי שמרותק לביתו לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתה מועד שחרורו מבית החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבוטח עד 180 ש"ח לכל יום, עבור הוצאותיו בגין טיפול וסיוע תפקודי שניתנו ע"י מטפל/ת שאינו בן משפחה של המבוטח.

לעניין זה "ריתוק לבית": מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שווה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו, או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו, או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו, או ישנה התוויה רפואית המצביעה כי יציאה מהבית יש בה סיכון משמעותי להחמרה במצב בריאותו של המבוטח.

3.10 פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה (מכל סיבה שהיא)

מבוטח שגילו נמוך מ-65 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של מעל 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 260 ש"ח עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

1. הגדרות לפרק זה

טכנולוגיות רפואיות מתקדמות: שימוש במכשור רפואי (כדוגמת שימוש ברובוט, סייבר נייד, תא לחץ וכד'), שתל, חומר או אביזר רפואי, לצורך ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, או טיפול בכאב.

2. ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות

2.1 מקרה הביטוח

ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל במהלך תקופת הביטוח, באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות.

2.2 תגמולי ביטוח

המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצאות אשפוז, שכר מבצע הטיפול, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות שימוש במכשור רפואי, אביזרים, שתלים, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול, כלהלן:

2.2.1 אם הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות בוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא עלות הטיפול. יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור.

2.2.2 אם הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות בוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יישא המבטח בעלות הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח/טיפול. בהיעדר התייחסות באתר המבטח לביצוע הניתוח ע"י שימוש בטכנולוגיה מתקדמת, יישא המבטח במלוא עלות הטיפול ועד לסך של 200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

2.3 תנאי לחבות המבטח:

2.3.1 הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות אינו מכוסה במלואו על פי פרק ט(1) או ט(2) - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

2.3.2 רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.

2.3.3 הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.

2.3.4 הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.

2.3.5 הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחד מהרשויות המוסמכות באחד מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA)).

2.4 תקופת אכשרה לסעיף 2 לעיל - 6 חודשים.

3. טיפולים לריפוי או הקלה בכאב

3.1 מקרה הביטוח

טיפול לריפוי או הקלה בכאב וטיפולים בסימפטומים של מחלה או פגיעה שבוצעו במהלך תקופת הביטוח

3.2 תגמולי הביטוח

המבטח ישתתף בשיעור 80% מהעלויות עבור טיפול או סדרת טיפולים שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, להקלה בכאב, עד לסך מצטבר של 20,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.

3.3 תנאי לחבות המבטח

3.3.1 הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.

3.3.2 הטיפול הרפואי יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.

3.3.3 הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחת מהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA)).

3.4 תקופת אכשרה לסעיף 3 לעיל - 6 חודשים.

4. טיפולים בתא לחץ

4.1 מקרה הביטוח

טיפולים בתא לחץ במהלך תקופת הביטוח.

4.2 תגמולי הביטוח

4.3 המבטח ישתתף בשיעור 80% מהעלויות עבור טיפולים המבוצעים בתא חמצן בעל לחץ גבוה, במהלך תקופת הביטוח, עד ל- 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 350 ₪ לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

4.4 תקופת אכשרה לסעיף 4 לעיל - 6 חודשים.

5. טיפול למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה

3.1 מקרה הביטוח

ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול במהלך תקופת הביטוח למטרות קוסמטיות, עקב תאונה בלבד שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח.

3.2 הכיסוי הביטוחי

3.2.1 התייעצות אחת לפני הניתוח/טיפול עם המנתח המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח, והתייעצות נוספת לאחר ביצוע הניתוח/טיפול.

3.2.2 הוצאות שכר מנתח מבצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

3.2.3 הוצאות ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח בבית חולים או במרפאה כירורגית, ובכלל זה הוצאות אשפוז לצורך ביצוע הניתוח, כל ההוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הטיפול והאשפוז, ובדיקות שבוצעו כחלק מהטיפול הכירורגי.

3.3 תגמולי הביטוח

3.3.1 אם בוצע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות

שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא הכיסוי הביטוחי. יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור.

3.3.2 אם בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יישא המבטח בעלות הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח/טיפול. בהיעדר התייחסות באתר המבטח לביצוע הניתוח יישא המבטח במלוא העלות.

6. תנאי לחבות המבטח

- 6.1 הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.
- 6.2 הטיפול הרפואי יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 6.3 הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחת מהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA)).

7. חריגים אשר יחולו על פרק זה

- המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 7.1 טיפול בטכנולוגיות מתקדמות שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
 - 7.1.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 7.1.2 ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
 - 7.2 טיפול בטכנולוגיות מתקדמות הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 - 7.3 השתלת איברים המכוסים על פי פרק ד'.
 - 7.4 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
 - 7.5 טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, טיפולי פיזיותרפיה או שיקום מכל סוג שהוא, אביזרים רפואיים חיצוניים.
 - 7.6 טיפולי פריון או הפריה.
 - 7.7 טיפול תרופתי מכל סוג וכן טיפול בקנאביס, מזון, תוספי מזון ו/או ויטמינים, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות.
 - 7.8 מוצרי טואלטיקה מכל סוג שהוא לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה, פריטי ביגוד והנעלה, אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא,
 - 7.9 מכשירי טלפון סלולרי או שעונים מכל סוג שהוא.

רובד רשות שני

פרק יב - שירותים רפואיים אמבולטוריים

1. מקרה הביטוח

ביצוע טיפול רפואי המפורטים בסעיפים 3-10 במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

2. תגמולי הביטוח

המבטח יישא בשיעור של 80% מהסכום ששילם המבטוח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה. אם פנה המבטוח לקבלת שירות רפואי באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן בקופת החולים בו הוא חבר, ונדרש לשלם השתתפות עצמית, יהיה זכאי להחזר מלוא השתתפות העצמית.

רשימת הטיפולים המכוסים

3. ייעוץ רפואי

3.1 התייעצות עם רופא מומחה

3.1.1 המבטוח זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן ייעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים). **יובהר כי הכיסוי יינתן במקרה והרופא אינו הרופא המטפל באופן שוטף במבטוח.**

3.1.2 עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבטוח להשתתפות המבטח עד 850 ש"ח לכל התייעצות.

3.1.3 המבטוח יהיה זכאי לעד 4 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.

3.1.4 מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לה זכאי המבטוח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

3.2 תקופת אכשרה לסעיף 3 לעיל - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

4. בדיקות רפואיות אבחנתיות

4.1 תגמולי הביטוח

המבטוח להשתתפות המבטח עבור עלות בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 12,000 ₪ **לכל בדיקה**. **יובהר כי חלקו של המבטוח בעלות הבדיקה לא יפחת מ-250 ₪ לכל בדיקה.**

4.2 חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית

המבטוח זכאי להשתתפות עבור התייעצות עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה, עד לסך 850 ₪ עבור כל התייעצות.

4.3 תקופת אכשרה לסעיף 4 לעיל - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

5. טיפולי שיקום ואבזורים רפואיים

5.1 התייעצות עם רופא שיקומי

המבטח ישתתף בעלות התייעצות שיקומית עם מומחה שיקומי, שניתנה למבטוח

במהלך תקופת הביטוח, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, עד לסכום של 850 ₪ לכל התייעצות, פעם אחת בכל שנת ביטוח.

5.2 שיקום דיבור וראיה

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של 191 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

5.3 התעמלות שיקומית

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית המבוצעת במרכזים רפואיים או בפיקוח רפואי, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 266 ₪ לכל חודש, לתקופה שלא תעלה על 12 חודשים. הזכאות הינה פעם אחת בתקופת הביטוח.

5.4 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום

המבטח ישתתף בעלות טיפול פיזיותרפי / הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים לצורך שיפור הלקות הפיזית או התפקוד המוטורי של המבוטח, שניתנו למבוטח, עד לסכום של 215 ₪ לכל טיפול, עד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח. הטיפול יינתן ע"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

5.5 אביזרים רפואיים

5.5.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור רכישת אביזרים רפואיים, עד לסך מצטבר של 4,251 ₪ לכל תקופת הביטוח. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 425 ₪ בכל פעם. **רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.**

5.5.2 חריגים לסעיף זה

5.5.2.1 לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפול שניניים.

5.5.2.2 לא יכוסו אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית, מכשירי טלפון סלולרי או שעון מכל סוג.

5.5.2.3 לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

5.5.2.4 לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטigmatism מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים

5.5.2.5 לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראוטמית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. על אף האמור יובהר כי יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.

5.5.2.6 לא יכוסו מוצרי טואליטיקה מכל סוג לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה מכל סוג שהוא.

5.5.2.7 לא יכוסו מכשירים או אביזרים המוחדרים או מושתלים לגופו של המבוטח במהלך ניתוח, השתלת איברים כהגדרתה בפרק ד'.

5.5.2.8 לא יכוסו מוצרי טואלטיקה מכל סוג שהוא לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה, פריטי ביגוד והנעלה, אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, מוצרי מזון, תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות וכן מכשירי טלפון סלולרי או שעונים מכל סוג שהוא.

5.6 תקופת אכשרה לסעיף 5 רבתי היא - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

**5.7 חריג לסעיף זה:
על פי סעיף זה לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקויי למידה.**

6. מנוי למשדר קרדילוגי

המבטח ישפה את המבוטח עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדילוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 191 ₪ לכל חודש. הזכאות הינה לתקופה מרבית רציפה אחת של 24 חודשים לכל היותר.

6.1 המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות.

6.2 אובחן במבוטח הצורך בניית לב או השתלת לב.

6.3 המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.

6.4 תקופת אכשרה לסעיף 6 רבתי היא - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

7. בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות

7.1 בדיקות לנשים בהריון

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בעלות עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, ועד לסכום של 4,251 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,377 ₪ לכל הריון.

7.2 בדיקות גנטיות טרום הריון

המבוטחת/ת יהיו זכאיות להשתתפות בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון שבוצעו במבוטחת/ת במהלך תקופת הביטוח, לשלילת מומים מולדים. הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבוטחת/ת אינו זכאית/ת לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה בשיעור של 80% ועד 1,329 ₪ לכל מבוטח, פעם אחת בתקופת הביטוח.

7.3 טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

7.3.1 המבטח ישתתף בעלות של טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו בגופה של מבוטחת שטרם מלאו לה 48 שנים, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עד לסכום של 21,256 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק) שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עבור השגת 2 הריונות שהסתיימו בלידה תקינה.

7.3.2 הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשלבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה על כל שלביו, לרבות: עלות בדיקות ואבחונים, עלות טיפול תרופתי, הזרעה מלאכותית, או שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, החזרת עוברים לגופה של המבוטחת, וכן השגת תרומת ביציות לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך. כמו כן תכוסה שמירה והקפאת ביציות עד

לסך של 4,000 ₪. יובהר למעלה מכל ספק כי לא יינתן כיסוי לשאיבת ביציות וא/ו להקפאת ביציות לצורך מטרת סוציאליות לרבות תכנון משפחה עתידי.

7.3.3 המבטח ישתתף בעלויות טיפולי פרייון הגבר שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, ובכלל זה עלות טיפול כירורגי להוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והשבחתם ועד לסך של 21,256 ₪.

7.3.4 יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה עבור טיפול שבוצע בגופו/ה של המבוטח/ת בלבד במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני ו/או שלישי בלבד.

7.4 ניתוח לצורך פרייון והפריה

המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע ניתוח לצורך פרייון והפריה.

יובהר כי טיפולי פרייון והפריה וניתוחים לצורך פרייון המכוסים עפ"י ס' 6.3 לעיל או על פי פרק ט' / ט(1) / ט(2) - "ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" לא יכסו עפ"י סעיף זה.

7.5 מעקב הריון

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח בעלות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, ועד לסכום של 425 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.

7.6 שמירת הריון באשפוז

מבוטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 106 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14. בכל מקרה, סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה לא יעלה על 5,314 ₪ לכל הריון.

7.7 אם פונדקאית

הזכאות על פי סעיף 6 רבתי - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

7.8 תקופת אכשרה לסעיף 7 רבתי היא - 9 חודשים מיום תחילת ביטוח.

8. כיסוי מיוחד לילדים

8.1 פיצוי בגין היעדרות מלימודים

מבוטח שנעדר מלימודיו בבית ספר (יסודי ועד תיכון) כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 215 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה-21 להיעדרות רצופה, ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

8.2 בעיות הרטבה לילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 744 ₪ לטיפול.

8.3 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה

8.3.1 מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור הוצאות אבחון ע"י רופא ילדים או רופא מומחה שהליקיו בתחום מומחיותו או ע"י מכון אבחון מוכר או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכודידקטי או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדומת BRC, TOVA, ועד לסכום של 1,913 ₪.

הזכאות היא פעם אחת לכל תקופת ביטוח.

8.3.2 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל בתרופות לבעיות קשב וריכוז, ועד לסכום של 1,913 ₪.

8.4 טיפול בבעיות התפתחות בילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י רופא ילדים או מכון מוכר או רופא מומחה להתפתחות הילד, והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול באמצעות טיפול שיקומי אחר, עד לסכום של 159 ש"ח לטיפול, ולא יותר מ-20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

8.5 תקופת אכשרה לסעיף 8 רבתי היא - 12 חודשים מיום תחילת ביטוח.

9. יעוץ/טיפול פסיכולוגי

9.1 המבטח ישתתף בעלות 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 255 ש"ח לכל טיפול.

9.2 יעוץ פסיכיאטרי

המבטח ישתתף בעלות יעוץ/טיפול הניתן ע"י רופא פסיכיאטר במהלך תקופת הביטוח, ועד לסכום של 680 ש"ח לכל פגישת יעוץ, ועד 4 פגישות בכל שנת ביטוח.

9.3 תקופת אכשרה לעניין סעיף 9 רבתי היא - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

10. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי

10.1 המבטח ישתתף בעלות טיפול ברפואה משלימה שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 128 ש"ח לטיפול או התייעצות. עבור טיפול ויעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה, ישתתף המבטח בעלות של 255 ש"ח (לטיפול או הייעוץ הראשון בלבד). המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

10.1.1 הומיאופתיה

10.1.2 אוקופונקטורה

10.1.3 כירופרקטיקה

10.1.4 אוסטיאופתיה

10.1.5 רפלקסולוגיה

10.1.6 שיאצו

10.1.7 ייעוץ דיאטטי

10.1.8 שיטת פלדנקרייז

10.1.9 ביו-פידבק

10.1.10 נטורופתיה

10.1.11 הרבולוגיה

10.1.12 שיטת פאולה

10.1.13 שיטת אלכסנדר

10.1.14 טווינא

10.1.15 חדר מלח (במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור).

10.1.16 שיטות שלא נמנו ברשימה לעיל ויהיו מוצעות לציבור הרחב ע"י השב"ן מטעם קופות החולים השונות.

10.2 תנאי לחבות המבטח

קבלת שירותי רפואה משלימה אצל מטפל שלא במסגרת קופת חולים או הביטוח המשלים, כפופה לאישור מרופא על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.

10.3 חריגים

בנוסף לחריגים כלליים - פרק ב', בפרק זה יחולו החריגים הבאים:

10.3.1 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל, ו/או התחייבות לנותן שירות לטיפולים עתידיים.

10.3.2 לא יאושרו החזרי הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.

10.3.3 לא יינתן שיפוי בגין טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

10.4 תקופת אכשרה לסעיף 10 רבתי היא - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

המבטח יפצה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף להריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

1. מקרה הביטוח

אחת המחלות או האירועים הרפואיים המופיעים להלן, שהתגלו אצל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

1. **איבוד גפיים (Loss of Limbs)** – איבוד תפקוד קבוע ומוחלט, או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים, כתוצאה מתאונה או מחלה.
2. **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.
3. **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** – אי ספיקת כבד פתאומית חריפה באדם בריא, או המסכנת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנזק ממושך של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי לפחות 4 מהסימנים הבאים:
 - א. הקטנה חדה בנפח הכבד;
 - ב. נזק ממושך בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
 - ג. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
 - ד. צהבת, מעמיקה;
4. **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 כליה.
5. **אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia)** – כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
 - א. עירוי מוצרי דם;
 - ב. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 - ג. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 - ד. השתלת מוח עצם.
6. **גידול שפיר של המוח/יתרת המוח/קרומי המוח (Benign Brain Tumor)** – תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו, או במידה ואינו ניתן לניתוח גורם לנזק ניירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
7. **דלקת חידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת ניירולוג מומחה עלולים להותיר נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
8. **דלקת מוח (Encephalitis)** – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת ניירולוג מומחה עלולים להותיר נזק ניירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
9. **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.
10. **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome) – נמק של חלק משריר הלב**
כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.
- האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:
א. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין מעבר לערכי הנורמה, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.
ב. קיומה של לפחות אחת משתי האנדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוּטם.
11. **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.**
12. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה**
הגורמת לחסר ניורולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה.
13. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות 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", הפירטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
14. **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease) – מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:**
א. צהבת;
ב. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
ג. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
ד. אנצפלופטיה כבדית;
ה. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או הפרספלזינס.
15. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)**
- מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
א. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפי 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;
ב. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ כ", ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ".
16. **ניוון שרירים מסוג (ALS) (Amyotrophic Lateral Sclerosis) – עדות לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים.** האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה.
17. **החלפה או תיקון מסתמי לב (Valve Replacement or Repair) – כל פרוצדורה שנועדת לשם תיקון או החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב.**

18. **ניתוח אבי העורקים (Aorta) - ניתוח או צינתור בהם מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.**
19. **ניתוח מעקפי לב (CABG) - ניתוח לב לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.**
20. **סוכרת נעורים מסוג DIABETES – ELLITUS - 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.**
21. **סרטן (cancer) - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול גם ליקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.**
מקרה הביטוח אינו כולל:
 1. **גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של CARCINOMA IN SITU כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.**
 2. **מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצציות (התכייבויות);**
 3. **מחלות עור מסוג:**
 - א. Basal Cell Carcinoma - I Hyperkeratosis ;
 - ב. מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
 4. **סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל);**
 5. **ליקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000 \text{ B cell lymphocytes}$ מ $ul/10,000$ ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;**
 6. **סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;**
 7. **פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית;**
 8. **גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;**
 9. **T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- T CELL LY.**
22. **עיוורון (Blindness) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.**
23. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף, והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת עמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, کلیה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.**
24. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident) - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה 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).**
25. **פולי (שיתוק ילדים, Poliomyelitis) - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנזל עמוד השדרה.**
26. **פרקינסון (Parkinson's Disease) - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.**

27. **צפדת (טטנוס) (Tetanus) – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany,** הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
 28. **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy) – מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.**
 29. **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.
 30. **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).
 31. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) –** נוכחות של נגיף HIV בגופו של המבוטח.
 32. **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.
 33. **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 60 יום.
 34. **נכות צמיתה -** נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:
 - א. נכות עקב מחלה אחת מסוימת, שאינה מצוינת ברשימת המחלות או האירועים הקבועים בסעיפים 1-31 לעיל.
 - ב. המחלה המסוימת התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, או עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
 - ג. המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 75%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין אותה מחלה מסוימת. למרות האמור לעיל בחלק 12 חודשים נכות זמנית תיחשב כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
 - ד. מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 1-5-2013 לתקופה העולה על 6 חודשים.
- יובהר כי אם בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי, 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).
- הגדרות המחלות: סרטן, דלקת חידקית של קרום המוח, דלקת מוח, התקף לב חריף, פרקינסון ותשישות נפש, נוסחו באופן שמיטב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות 2003/16".**

2. מועד קרות מקרה הביטוח

הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט לעיל, המבוסס על אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינו בתחום מומחיותו.

3. סכום הביטוח

- 3.1 בקרות מקרה הביטוח הראשון במהלך תקופת הביטוח, יפצה המבטח את המבוטח בסך 50,000 ₪.
- 3.2 בקרות מקרה ביטוח שני במהלך תקופת הביטוח, יפצה המבטח את המבוטח בסך 50% מסכום הביטוח המירבי - 25,000 ₪ - בהתקיים התנאים הבאים:
 - 3.2.1 המבוטח לא יהיה זכאי לפיצוי עבור גילוי אותה מחלה. על האף האמור, המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין גילוי חוזר של מחלה הסרטן בחלוף 5 שנים מתום מועד הטיפול האחרון בגין מקרה הסרטן הקודם, לרבות בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת או שתהיה בתקופת הביטוח הבאה אצל אותו מבטח.
 - 3.2.2 הזכאות לקבלת פיצוי בפעם השנייה מותנית בכך שחלפה תקופה בת 24 חודשים מהמועד בו התגלתה המחלה שזיכתה בפיצוי בפעם הראשונה.
 - 3.2.3 המבוטח יהיה זכאי לעד שני תשלומי פיצוי במהלך תקופת הביטוח.
- 3.3 על אף האמור בסעיף 3.1, לעניין הכיסוי הביטוחי בגין גילוי מחלת הסרטן, הפיצוי במקרה של גילוי סרטן מוקדם או גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים - (in situ): סרטן השד, סרטן ערמונית או סרטן צוואר הרחם אשר מחייב ניתוח ו/או הקרנות ו/או טיפול כימותרפי, הינו בשיעור 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 3.1.
- 3.4 על אף האמור בסעיף 3.1 הפיצוי עבור צנתור טיפולי (לא אבחוני) באמצעות בלון או סטנט הינו בשיעור 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 3.1.
- 3.5 מבטח יהיה זכאי להרחיב את הכיסוי הביטוחי ולרכוש תמורת תשלום דמי ביטוח נוספים, סכום ביטוח נוסף בסך 50,000 ₪, או סכום ביטוח נוסף בסך 100,000 ₪.

4. חריגים

בנוסף לחריגים כלליים - פרק ב', המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה הקשה נתגלתה לראשונה לאחר מות המבוטח.

5. תום תקופת הביטוח

מובהר בזאת כי תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים עבור כל אחד מהמבוטחים במלאת לו 70 שנה, והמבוטח יהיה משוחרר מדמי הביטוח בגין פרק זה.

6. תקופת האכשרה

לפי פרק זה היא - 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

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

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבוטח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשולמים / מונפקים ע"י המבוטח בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה. את הבקשה למחלקת התביעות יש להגיש לפני ביצוע הטיפול המבוקש.

מה לעשות במקרה של תביעה או קבלת מידע נוסף?

יש לפנות למוקד הטלפוני:

1-700-720-012 או במייל: Mailh@ayalon-ins.co.il.

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

ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, בחשבון האישי המקוון באתר החברה.

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).
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 תצלום המחאה משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.
5. **ניתוחים עתידיים** - יש להעביר למייל mail-briutms@ayalon-ins.co.il. לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.
6. **יתר התביעות** - יש להעביר למייל tviot_briut@ayalon-ins.co.il.
7. **בירור סטטוס תביעה** - יש לפנות למוקד השירות בטלפון 1-700-071-009 או למייל Mailh@ayalon-ins.co.il.

מרכז שירות לקוחות: 1-800-35-2001

בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת"ד 10957

פניות בדוא"ל לשירות לקוחות: Mailh@ayalon-ins.co.il

שירותים דיגיטליים לשירותך באתר איילון

www.ayalon-ins.co.il

לשירותך:



סוכנות ביטוח בהתאמה אישית

נכונים - סוכנות ביטוח בהתאמה אישית

טלפון: 1-700-720-012

דוא"ל: mtov@ayalon-ins.co.il

"פמי פרימיום" - ספק שירותי בריאות בכתבי שירות בפוליסה

טלפון: 03-5688145

טלפון מוקד שירות לקוחות: 03-5688108

אתר: www.femi.com

