

לחברי הסגל שלום רב,

הריני לבשר לכם שהחל מה- 01/12/12 הנכם מבוטחים בביטוח בריאות קולקטיבי למשך תקופה של חמש שנים, הממומן מכספי הארגון.

בעזרת סיועה הנדיב של הנהלת האוניברסיטה וחתימת הארגון על ההסכם עם חברת הביטוח "הראל", מגיע לסימום תהליך ארוך בן שלוש של משאים ומתנים.

מה כולל הביטוח?

מובהר שביטוח זה הינו במתכונת משלים לביטוח הנוסף של קופות החולים, כלומר הזכאות לתגמולי ביטוח הינה לאחר מיצוי הזכאות במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים.

1. תרופות מחוץ לסל.

2. ניתוחים והשתלות בחו"ל.

3. ניתוחים בארץ - חינוך עבור חברי סגל פעילים ובסכום זעום של 63 ₪ לחודש עבור חברי סגל גמלאים החפצים בכך.

הביטוח יכסה הוצאות רפואיות עבור **מצב רפואי קיים** רק מקץ שנה ממועד תחילת הביטוח עבור חברים שגילם מתחת ל- 65 ומקץ חצי שנה עבור חברים שגילם 65 או יותר, וכל הוצאה רפואית אחרת החל ממועד תחילת הביטוח.

פרטים נוספים ביחס לצירוף בני משפחה יישלחו בקרוב.

הפוליסה המלאה מצויה באתר.

בברכה

אודי מקוב

בשם הוועד

תוכן עניינים

עמ'

- 4 ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות")
- 11 פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח
- 15 ביטוח בריאות קולקטיבי לעובדי אוניברסיטת חיפה החברים בארגון הסגל האקדמי הבכיר
- 15 הסכם
- 21 פוליסת ביטוח רפואי לחברי הסגל האקדמי באוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם
- 21 פרק א' - הגדרות כלליות
- 27 פרק ב' - חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים
- 29 פרק ג' - תנאים כלליים אשר חלים על כל רובדי הביטוח
- 47 רובד "בריאות חובה"
- 47 פרק ד' - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)
- 53 פרק ה' - תרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות
- 56 פרק ו' - הוצאות רפואיות מיוחדות
- 61 פרק ז' - בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים
- 63 פרק ח' - כתב שירות רפא ובדיקות בבית הלקוח ומוקד מידע טלפוני וייעוץ רפואי
- 68 פרק ט' - לחיות בריא - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים
- 73 פרק י' - ניתוחים
- 79 רובד רשות
- 79 פרק יא' - שירותים רפואיים נוספים
- 86 איך לנהוג בעת תביעה?

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות")

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם בעל הפוליסה	ארגון הסגל האקדמי הבכיר באוניברסיטת חיפה
	הכיסויים בפוליסה	<p>רובד בסיסי "בריאות חובה": ביטוח השתלות וטיפולים וניתוחים בחו"ל, ביטוח תרופות וטיפולים שאינן כלולים בסל הבריאות, ביטוח ניתוחים, טיפול מחליף ניתוח, ושירותי שיקום והחלמה לאחר ניתוח.</p> <p>רובד רשות (הרחבה I): ביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות, בדיקות אבחון ויעוץ עם מומחה, כתב שירות - מוקד טלפוני ליעוץ רפואי ורופא עד הבית, כתב שירות - לחיות בריא.</p> <p>רובד רשות (הרחבה II) - למי שלא רכש את רובד רשות (הרחבה I): ביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות, בדיקות אבחון ויעוץ עם מומחה.</p> <p>רובד רשות (הרחבה III): ביטוח שירותים רפואיים נוספים.</p>
	משך תקופת הביטוח	5 שנים, החל מ- 1.12.2012 וכלה ב- 30.11.2017.
המשכיות	סיום ההסכם או ביטול:	<p>- עם סיום ההסכם או ביטול ע"י בעל הפוליסה או המבוטח, יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי במתכונת "משלים לשב"ן", הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום ההסכם או ביטול.</p> <p>- תגמולי הביטוח בפוליסת הפרט לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, אלא אם כן ביקש זאת המבוטח.</p> <p>- דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 25% מהתעריף שהיה בתוקף במועד תחילת הסכם זה, אלא אם כן שונה התעריף לכלל המבוטחים הקיימים אצל המבטח באישור המפקח על הביטוח, בכפוף לגיל המבוטח בעת מימוש זכות זאת.</p> <p>- במקרה של ביטול הפוליסה על ידי מי מהצדדים, ובמקרה של חידוש הפוליסה אצל מבטח אחר באופן קולקטיבי לכלל המבוטחים או לחלקם, יוכל מבטח שמעוניין להמשיך ולהיות מבוטח אצל המבטח לעשות כן בתנאים הנקובים לעיל.</p> <p>- המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים, אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע למבוטח את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.</p> <p>- המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא.</p>

<p>- מובהר בזאת כי האמור לעיל מתייחס לכיסויי ביטוח ועד לסכומי ביטוח הנכללים בפוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים ו/או יבקש להגדיל את סכומי הביטוח מעבר לאלו שבפוליסה זו, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.</p> <p>- המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.</p> <p>המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה:</p> <p>- בוטל ביטוחם של החבר ו/או בן/ת זוג וילדיו עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה, או אם הסתיימה העסקתו באוניברסיטת חיפה (לא בשל פרישה לגמלאות). יהיו רשאים מבוטחים אלו לרכוש ביטוח רפואי פרטי במתכונת "משלים לשב"ן", הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום חברותו, ברצף ביטוחי מלא.</p> <p>- המבוטח יהיה זכאי להנחה בשיעור 25% מהתעריף שהיה בתוקף במועד תחילת ההסכם, אלא אם כן שונה התעריף לכלל המבוטחים אצל המבטח באישור המפקח על הביטוח, בכפוף לגיל המבוטח בעת מימוש זכות זאת.</p> <p>- עם היוודע למבטח סיום חברותו או סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה.</p> <p>- תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום סיום העסקה.</p> <p>- המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.</p> <p>המשכיות הביטוח עקב גירושין:</p> <p>בוטל ביטוחו של בן/ת זוג של חבר עקב גירושיו מחבר, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי החבר) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא, על פי התנאים המצוינים בסעיפים 13.2.</p> <p>המשכיות הביטוח לגמלאים:</p> <p>מובהר כי חבר מבוטח שפרש לגמלאות ובני משפחתו ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו.</p> <p>פטירתו של חבר:</p> <p>מובהר כי שאריו של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו.</p> <p>מובהר בזאת כי המעבר לפוליסת פרט עשוי להיות כרוך בהעלאת דמי הביטוח.</p>		
<p>בתום תקופה זו תחודש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת של 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח.</p>	<p>תנאים לחידוש אוטומטי</p>	

<p>תקופת אכשרה</p>	<p>אין, למעט בפרק יא', כמפורט להלן: רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי - 6 חודשים, יעוץ פסיכולוגי - 6 חודשים, שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח) - 3 חודשים, שיקום דיבור - 6 חודשים, פיצוי בגין היעדרות מלימודים - 3 חודשים, בעיות הרטבה לילדים - 6 חודשים, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה - 12 חודשים, טיפול בבעיות התפתחות בילדים - 12 חודשים, בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות - 9 חודשים.</p>
<p>תקופת המתנה</p>	<p>אין.</p>
<p>השתתפות עצמית</p>	<p>בפרק ד' (השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל) - השתתפות עצמית של 80% בגין הוצאות מגורים וכלכלה.</p> <p>בפרק ה' (תרופות וטיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות) - השתתפות עצמית למרשם של 250 ₪ לחודש ועד 2 מרשמים לכל היותר ועל תרופות נוספות שעלותן מעל 250 ₪ - לא תשלם השתתפות עצמית (לא תידרש השתתפות עצמית בגין תרופות למחלת הסרטן ובגין תרופות שעלותן החודשית עולה על 5,000 ₪). השתתפות עצמית של 20% בגין טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות.</p> <p>בפרק ו' (הוצאות רפואיות מיוחדות) - השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>בפרק ז' (בדיקות אבחנתיות והתייעצות עם מומחים) - השתתפות עצמית של 20% או 150 ₪ לכל בדיקת אבחון, הגבוה מביניהם, השתתפות עצמית של 20% בגין חוות דעת נוספת מאת רדיולוג מומחה, השתתפות עצמית של 30% בגין בדיקות סקר ורפואה מונעת, השתתפות עצמית של 20% בגין התייעצות עם רופא מומחה בכיר, השתתפות עצמית של 40% בגין התייעצות עם רופא מומחה שאינו בכיר, השתתפות עצמית של 20% בגין חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל.</p> <p>בפרק ח' (כתב שירות רופא ובדיקות בבית הלקוח ומוקד מידע טלפוני) - השתתפות עצמית של 20 ₪ לביקור רופא בבית הלקוח.</p> <p>בפרק ט' ("לחיות בריא") - השתתפות עצמית לכל שירות כמפורט בפרק.</p> <p>בפרק י' (ניתוחים) - השתתפות עצמית של 20% בגין שירותי אחות פרטית בבית, ניתוחי חניכיים וטיפול שיניים כירורגיים, החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום, התעמלות שיקומית וסיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח.</p> <p>בפרק יא' (שירותים רפואיים נוספים) - השתתפות עצמית של 20% בגין רפואה משלימה ויעוץ דיאטטה (אצל מטפל או מכון שאינו בהסדר עם קופת החולים) - השתתפות עצמית של 40%, השתתפות עצמית של 40% בגין אביזרים רפואיים (השתתפות עצמית של 20% בגין רכישת אביזרים במהלך 3 חודשים לאחר ביצוע ניתוח), השתתפות עצמית של 40% בגין יעוץ פסיכולוגי, השתתפות עצמית של 20% בגין מנוי למשדר קרדיולוגי, השתתפות עצמית של 20% בגין שמירת</p>

	<p>אחות ופיצוי באשפוז, השתתפות עצמית של 20% בגין טיפולי שיקום, השתתפות עצמית של 20% בגין בעיות הרטבה לילדים, השתתפות עצמית של 40% בגין אבחון וטיפול בבעיות התפתחות ילדים/ליקוי למידה, השתתפות עצמית של 20% בגין בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות.</p>
<p>שינוי תנאים</p> <p>שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>- אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל מבטח, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מהמבטח למבטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש, או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.</p> <p>"שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבטח לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.</p> <p>- אם שונו תנאי הביטוח במהלך תקופת הביטוח, שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטח, והמבטח הודיע למבטח במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל ממועד השינוי, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.</p> <p>- מבטח אשר יגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב השינוי כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי כמפורט בסעיף 13.1.1 להסכם.</p>

<p>פרמיות</p> <p>גובה ומבנה הפרמיה</p>	<p>רובד בסיס: פרקים ד, ה, י מבוטח עד גיל 68 - 40 ש"ח מבוטח מעל גיל 68: לפרקים ד, ה - 40 ש"ח ילד עד גיל 21 - 11 ש"ח מבוטח מעל גיל 68: לפרק י (בלבד) - 63 ש"ח</p> <p>רובדי רשות (הרחבות): הרחבה א: פרקים ו, ז, ח, ט מבוטח עד גיל 68 - 20 ש"ח מבוטח מעל גיל 68 - 27 ש"ח ילד עד גיל 21 - 6 ש"ח</p> <p>הרחבה א: פרק ז מבוטח עד גיל 68 - 5 ש"ח מבוטח מעל גיל 68 - 9 ש"ח מבוטח עד גיל 21 - 1.5 ש"ח</p> <p>הרחבה א: פרק י"א מבוטח עד גיל 68 - 25 ש"ח מבוטח מעל גיל 68 - 25 ש"ח ילד עד גיל 21 - 9 ש"ח</p> <p>מבוטחים בביטוח פרטי בחברת כלל ביטוח ובחרו לרכוש כיסוי ביטוח מופחת: פרמיה חודשית עבור ביטוח ברובד הבסיסי מבוטח עד גיל 68 - 30 ש"ח מבוטח מעל גיל 68 - 78 ש"ח</p> <p>על פי מודד 12215 נקודות.</p>
<p>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב- 15.10.2012, 12215 נקודות.</p>
<p>תנאי ביטול</p> <p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה ו/או המבוטח</p>	<p>- בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבוטח על פי הסכם הביטוח בהודעה בכתב למבוטח בכל עת, מכל סיבה שהיא, ובכפוף לכל דין. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבוטח.</p> <p>- המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח בכל עת.</p> <p>- ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.</p> <p>- ביטול הפוליסה על ידי מבוטח שהינו חבר משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי המבוטחים שהינם בן זוגו ו/או ילדיו. ביטול הביטוח של בן זוגו של החבר או ילדיו לא יהווה ביטול הפוליסה של מבוטח שהינו חבר, אלא אם ביקש זאת החבר במפורש.</p>

	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	<p>המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לכל דין, למעט במקרה שהמבוטח אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם. במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבוטח שעבורו לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח.</p>
<p>חריגים</p> <p>החרגה בגין מצב רפואי קיים</p>		<p>- המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שהגורם העיקרי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:</p> <p>א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>- מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק י"א, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופת האכשרה הנקובות בפרק זה.</p> <p>- חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי.</p> <p>- סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.</p>
<p>סייגים לחבות המבטחת</p>		<p>פרק ב' - חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל - סעיף 6.</p> <p>תרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות - סעיף 7.</p> <p>הוצאות רפואיים מיוחדות - סעיף 4.</p> <p>בדיקות אבחנתיות והתייעצות עם מומחים - סעיף 1.6.</p> <p>ניתוחים - סעיף 6, 9.</p> <p>שירותים רפואיים נוספים - סעיף 1.4, 2.4.</p>

הבהרה לזמן השירות הצבאי:
יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת.

תגמולי ביטוח מירביים שאינם בערך נקוב:
בגין תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר באינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il. הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של הראל והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	תגמולים קיזוז עם ביטוח אחר
רובד "בריאות חובה"					
השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
תגמולי הביטוח להשתלות	אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה 4,500,000 ₪.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
	או 350,000 ₪.	פיצוי	כן		לא
גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה	בגובה 7,000 ₪ למשך 12 חודשים.	פיצוי	כן	ביטוח חליפי	לא
תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה 800,000 ₪.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
תרופות וטיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות					
תרופות הנכללות בכיסוי	תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או תרופה שאינה מוגדרת להתוויה הרפואית הקבוע בסל או תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL או תרופת יתום.			ביטוח מוסף	
סכום ביטוח מירבי לכל תקופת הביטוח	עד 4,000,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן

	ביטוח מוסף			250 ש"ח לחודש ועד 2 מרשמים לכל היותר. על תרופות נוספות שעלותן מעל 250 ש"ח - לא תשולם השתתפות עצמית. בגין תרופות למחלת הסרטן ובגין תרופות שעלותן החודשית עולה על 5,000 ש"ח, לא תידרש השתתפות עצמית. השתתפות עצמית של 20% בגין טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות.	השתתפות עצמית למרשם
רובד רשות					
הוצאות רפואיות מיוחדות					
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	החזר הוצאות עד 50,000 ש"ח עבור הוצאות רפואיות שהוצאו במהלך 24 חודשים ממועד גילוי אחת המחלות המפורטות בפרק. במקרה של גילוי מחלת הסרטן - עד 100,000 ש"ח. במקרה של ביצוע ניתוח גדול והמבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי פרק זה, ישולם סכום של 10,000 ש"ח.	תגמולי הביטוח
בדיקות אבחון והתייעצות עם מומחים					
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד התקרות הנקובות לכל כיסוי בפרק.	בדיקות אבחון, התייעצות עם רופאים מומחים, חוות דעת נוספת בחול
ניתוחים					
כן	ביטוח משלים	כן	שיפוי	כל הניתוחים לאחר מיצוי הזכאות (שיפוי, פיצוי, הנחה או השתתפות עצמית) של מבוטח במסגרת תכנית השב"ן.	ניתוחים מכוסים
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	קיים (עד לתקרת הסכום הקבוע והמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il עבור הניתוח שבוצע).	כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה

לא	ביטוח תחליפי	כן	פיצוי	פיצוי בגין ניתוח בבי"ח ציבורי או פרטי ללא השתתפות המבטח
רובד רשות				
שירותים רפואיים נוספים				
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי, אביזרים רפואיים, יעוץ פסיכולוגי, מנוי למשדר קרדילוגי, שמירת אחות ופיצוי באשפוז (ללא קשר לניתוח), טיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח), כיסוי מיוחד לילדים, בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות

נכון למדד 12215 נקודות.

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשרותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שרותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.

ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

ההגדרות תקפות ליום פרסומם.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.

ביטוח בריאות קולקטיבי לעובדי אוניברסיטת חיפה החברים בארגון הסגל האקדמי הבכיר

הסכם

בין	ארגון הסגל האקדמי הבכיר באוניברסיטת חיפה	מרחוב אבא חושי הר הכרמל	(להלן: "בעל הפוליסה")	מצד אחד;
ובין:	"הראל" חברה לביטוח בע"מ	מרחוב אבא הלל 3 רמת גן	(להלן: "המבטח")	מצד שני;
הואיל	ובעל הפוליסה ערכו הליך תחרותי לעריכת הסדר ביטוח לעובדיו ובני משפחותיהם	(להלן ביחד: "המבוטחים");		
והואיל	והמבטח נבחר ע"י בעל הפוליסה לבטח את המבוטחים, בתנאים שנקבעו בהסכם זה,			
והואיל	והצדדים רוצים להסדיר את היחסים המשפטיים ביניהם בקשר עם מתן שירותי הביטוח כמפורט בהסכם זה להלן.			

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. מבוא

- 1.1 הגדרת המונחים המופיעים בהסכם זה תהיה זהה להגדרתם בפרק א' בפוליסה, **נספח 1** להסכם.
- 1.2 המבוא להסכם זה ונספחיו מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.
- 1.3 כותרות סעיפי ההסכם נועדו לשם הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורכי פרשנות.
- 1.4 בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות ההסכם לבין נספחיו ו/או בין הוראות נספחי ההסכם (בינם לבין עצמם), אשר מבטח סביר עשוי להבין, כי הפרשנות המיטיבה עימו היא הפרשנות החלה על מצב העניינים הרלבנטי, אזי יחולו אותן הוראות ויוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החבובות ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות ההסכם על נספחיו יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים על פי כל דין ולא כבאות לגרוע מהן.

2. הגדרות

- 2.1 **"האוניברסיטה"** - אוניברסיטת חיפה, שדרות אבא חושי, הר-הכרמל, חיפה,
- 2.2 **"השירות"** - אספקת ביטוח בריאות קולקטיבי (להלן: **"הביטוח"**) לעובדי האוניברסיטה החברים בארגון הסגל האקדמי הבכיר, על פי המפורט בפוליסה המצורפת **נספח 1** להסכם **מסמך ג'**, בהיקף ובתנאים המפורטים במסמכי ההזמנה וההסכם, על נספחיהם.

- 2.3 **"עובדי - חברי הסגל האקדמי הבכיר של האוניברסיטה"** האוניברסיטה כהגדרתה לעיל, לרבות מי שפרש לגימלאות.
- 2.4 **"חבר"** - עובד אוניברסיטת חיפה החבר בארגון הסגל האקדמי הבכיר. כל מקום בו נאמר במסמכי הזמנה זו עובד/חבר הכוונה היא לעובד/חבר או עובדת/חברה והשימוש בלשון זכר נעשית מטעמי נוחות בלבד.
- 2.5 **"ארגון הסגל האקדמי הבכיר"** - ארגון הסגל האקדמי הבכיר, המייצגים את עובדי האוניברסיטה החברים בכל אחד מן הארגונים (להלן **"ארגוני הסגל"**).
- 2.6 **"בני/בנות זוג/ם/ן"** - בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה, בציבור, בני/בנות זוג חולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
- 2.7 **"בן/בת זוגילדים"**: ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק, שטרם מלאו להם 21 שנים. מובהר כי תנאי הפוליסה החלים על ילדי חברים יחולו גם על בן/ת זוגו של הילד.
- 2.8 **"בני משפחה"** - בן/בת זוג, ילדים, בני/בנות זוג של הילדים וילדי הילדים (נכדים).
- 2.9 **"ילד בוגר"** - ילדו של חבר כאמור שמלאו לו 21 שנה. מובהר כי תנאי הפוליסה החלים על ילדי חברים - בוגרים יחולו גם על בן/ת זוגו של הילד הבוגר.
- 2.10 **"אלמן/ה"** - בן/ת זוג של חבר שנפטר.
- 2.11 **"המבוטח"** - חבר/ה, גמלאי/ת, אלמן/ה, בן או בת זוגם וילדיהם אשר הצטרפו לביטוח, הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות שבהסכם הביטוח.
- 2.12 **"ההסכם"** - ההסכם שייחתם בין ארגון הסגל האקדמי הבכיר ובין הזוכה, כהגדרתו להלן, לביצוע השירות בנוסח ובתנאים כמפורט בטופס ההסכם הכלול בין מסמכי ההזמנה, על נספחיה. מובהר ומוסכם כי ההסכם יחול גם על גמלאים אשר חברים אצל בעל הפוליסה.

3. הצהרות והתחייבויות המבטח

- 3.1 המבטח מצהיר ומתחייב כי יש בידיו את כל ההיתרים, הרישיונות והאישורים הנדרשים על-ידי כל גוף שלטוני ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם זה, כי ימלא אחר הוראות כל היתר ו/או רישיון ו/או כל דין בקשר עם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם זה, וכי יפעל, בעצמו ועל חשבונו, להשגת כל אישור, היתר או רישיון חדש, ככל שיידרשו, ולשמירת אלו הקיימים בידיו כאמור בתוקף מלא לכל אורך תקופת ההסכם.
- 3.2 המבטח מאשר ומצהיר כי הינו בעל הידע, הניסיון, המיומנות, היכולת, המשאבים, כוח האדם המיומן, היכולת הפיננסית וכל האמצעים הנדרשים, בפועל ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח על-פי הוראות הסכם זה ועל פי כל דין, ולשם ביצוע כל התחייבויותיו מכוח הסכם זה, במלואן ובמועדן, וכי יגרום לכך שיישאר ברשותו, לכל אורך התקופה במהלכה הוא יעניק את שירותי הביטוח, כל האמצעים והמשאבים הנזכרים בסעיף זה.
- 3.3 המבטח מצהיר ומתחייב כי אין כל מגבלה חוקית, עסקית, חוזית או אחרת המבילה אותו ו/או המונעת ממנו ו/או העלולה להגביל אותו ו/או למנוע ממנו מלהעניק את שירותי הביטוח ולבצע את התחייבויותיו כאמור בהסכם זה,

במלואן ובמועדן, וכי יבצע את הוראות הסכם זה בנאמנות, במקצועיות, בתום לב ובמסירות.

3.4 המבטח מצהיר כי ידוע לו שבעל הפוליסה אינו מתחייב לכך שיצטרפו לרובד הביטוח הבסיסי ו/או לרובדי הביטוח השונים, מספר מינימאלי של מבוטחים, אם בכלל, והמבטח מתחייב שלא להעלות כנגד בעל הפוליסה כל טענה בנוגע למספר המבוטחים שיבחרו להצטרף בפועל לביטוח. המבטח אף מתחייב להעניק את שירותי הביטוח ללא קשר למספר המבוטחים שיצטרפו אליו בפועל.

4. היקף הביטוח

הסדר הביטוח כולל את כל התנאים המופיעים בכל הנספחים המצורפים לו, בהסכם זה, ואת הכיסויים והתנאים כמפורט בפוליסה המסומנת **כנספח 1** להסכם (להלן "**הפוליסה**") ומהווים חלק בלתי נפרד הימנו (להלן "**הביטוח**").

5. ההצטרפות לביטוח ותשלום הפרמיה

- 5.1 ההצטרפות לביטוח הינה על פי האמור בתנאי הפוליסה.
- 5.2 אופן ההצטרפות תהיה בכפוף להוראות המפקח על הביטוח.
- 5.3 תשלום הפרמיה בגין הביטוח הבסיסי ימומן לחברים ע"י בעל הפוליסה. הפרמיה בגין רובדי הרשות תשולם על חשבון העובד. מלא הפרמיה בגין הביטוח הבסיסי תועבר במרוכז למבטח, מידי חודש, במועדים אשר יסוכמו בין הצדדים.

6. תקופת ההתקשרות

- א. ההתקשרות בין הצדדים על פי הסכם זה והביטוח על פיו הינם לתקופה של 60 חודשים החל ביום **1.12.2012** וכלה ביום **30.11.2017** (להלן: "**תקופת ההתקשרות**").
- ב. בעל הפוליסה והמבטח יהיו זכאים, בהסכמה להאריך את תקופת ההתקשרות בתקופה נוספת של 60 חודשים (להלן: "**תקופת האופציה**"), כך שסך כל תקופת ההתקשרות לא תעלה על 120 חודשים. הערכת תקופת ההתקשרות כאמור תקבע עד 90 יום לפני תום תקופת ההתקשרות הראשונה. המבטח מצהיר מפורשות, כי לא תהא לו כל טענה בקשר עם אי הארכת ההסכם, ככל שלא יוארך מעבר לתקופת ההתקשרות.
- ג. מוסכם בזאת על אף האמור לעיל, כי בעל הפוליסה רשאי בכל עת, לפי שיקול דעתו הבלעדי ובהודעה מוקדמת של 90 ימים מראש, לסיים את ההתקשרות בין הצדדים על פי הסכם זה, אף לפני תום תקופת ההתקשרות, וכן לבטל את ההסכם, בתנאים כמפורט בפוליסה **נספח 1** להסכם זה.
- ד. למען הסר ספק, יובהר כי במקרה של סיום ההתקשרות כאמור יהיה המבטח אחראי למקרי ביטוח שאירעו לפני מועד סיום ההתקשרות וכן, ימשיך המבטח להעניק שירותי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה ועל פי כל דין לעובד ומשפחתו (לדוגמה המשך תשלומי גמלאות או תשלומים בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח וטרם שולמו או אפשרות לרכישת פוליסת המשך).
- ה. המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה כלפי מבוטח מסוים, או כלפי כלל המבוטחים, אלא אם מתחייב הדבר על פי דין.

7. התאמת הפרמיה
הצורך בהתאמת הפרמיה ייבחן בכל תום תקופה של 36 חודשים, לאורך "תקופת ההתקשרות" ו"תקופת האופציה", אם תמומש.

8. פירסום ושיווק למבוטחים
המבטח ישא בעלויות כנסים להסברה, מענה לשאלות וכל דבר אחר הקשור לביטוח והמבוטחים, לרבות הפקה ודיור של חוברת הכוללת את תנאי הפוליסה, ובה גילוי נאות המתחייב בתקנות המפקח על הביטוח, ולצורך פעולות הסברה, הבהרה ועדכונים במהלך תקופת הביטוח, בניית אתר אינטרנט ("עלויות פרסום ושיווק"). כל הפעולות כאמור יבוצעו על ידי המבטח בתיאום ובאישור מראש של בעל הפוליסה.

9. סוכן ביטוח
9.1 המבטח מתחייב שסוכן ביטוח מנוסה ומורשה כחוק, מטעמו ועל חשבונו, יהא נוכח באוניברסיטה בקביעות פעם בשבוע, משך שלוש שעות, וללא כל תמורה נוספת. על פי דרישת בעל הפוליסה ולפי שיקול דעתו ומטעמים סבירים, יחליף המבטח את סוכן הביטוח בתוך 10 ימים ממועד הדרישה.

9.2 המבטח מתחייב לפעול על פי הוראות הפוליסה והסכם הביטוח, ולדווח לבעל הפוליסה, במישרין או באמצעות הסוכן על כל חריגה, אי בהירות או דחיית תביעה, וכן לגבי כל בעיה המתעוררת בקשר לניהול מערך התביעות והשירות.

10. שירות לבעל הפוליסה
10.1 המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה נציג ייעודי, וממלא מקום, אשר יהיו אחראים על מכלול שירותי הביטוח כמתחייב על פי הסכם זה, לרבות העבודה עם הסוכן.
10.2 נציגים מטעם בעל הפוליסה, יועץ הביטוח וסוכן הביטוח יוכלו לפנות לקבלת שירות לטלפון הנייד של הנציגים בכל עת.

11. שמירת סודיות
11.1 המבטח ו/או מי מטעמו, מתחייב לשמור על סודיות כל מידע שיימסר לו על ידי בעל הפוליסה או מי מטעמו בקשר או לצורך הסכם זה, למעט מידע שהוא נחלת הכלל, או מידע המחויב בגילוי על פי חוק, ולחתום על מסמך לשמירת סודיות המצורף **כנספח 6** להסכם.
11.2 לשם מילוי התחייבויותיו על פי סעיף זה, מתחייב המבטח לדאוג לשמירת סודיות כאמור גם מצד עובדיו, קבלני משנה שלו וכל מי מטעמו.
11.3 המבטח מתחייב לציית לכל הוראות בעל הפוליסה בנוגע לשמירת הסודיות, ולנהל את מאגר המידע הקשור לחברים המבוטחים בהתאם לדין.

12. אחריות
12.1 המבטח מתחייב לשאת באחריות המלאה והבלעדית לכל נזק שיגרם לחבר המבוטח במישרין ו/או בעקיפין בגין מעשיו ו/או מחדליו של המבטח ו/או מי

משלוחיו ו/או מי מעובדיו. מובהר כי המבטח לא יהיה אחראי לטיפול הרפואי שקיבל החבר/המבטח מנותן שירות, לרבות מנותן שירות אשר בהסכם עימו.

12.2 המבטח מתחייב בזה לשפות את בעל הפוליסה, מיד עם קבלת דרישה לעשות כן, בגין כל נזק ו/או הוצאה ו/או חסרון כס ו/או אובדן ו/או הפסד מכל סוג שהוא וללא הגבלת סכום שייגרמו לבעל הפוליסה ו/או לעובדיו ו/או למי מטעמו, ככל שיגרמו, עקב ו/או כתוצאה מכל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה נגד בעל הפוליסה ו/או עובדיו ו/או מי מטעמו שתוגש על ידי צד שלישי שהוא (לרבות המבטח והחברים) בקשר עם כל מעשה ו/או מחדל או הפרת מצג או התחייבות של המבטח על פי הסכם זה ו/או שייגרמו בקשר עם מתן שירותי הביטוח על פי הסכם זה.

12.3 אם צורך חבר לביטוח בכפוף לתנאי ההצטרפות אשר מצוינים בפוליסה, ולא שולמה פרמיה, ו/או לא צורף חבר עקב טעות או כח עליון (לצורך זה תיחשב כטעות כל סיבה, למעט מצב בו העביר החבר טופס ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו או שהביטוח התבטל בעקבות אי תשלום והמבטח קיבל התראה בכתב מהמבטח), או שולמה פרמיה חלקית בלבד, יראה המבטח בחבר המבטח כמבוטח לכל דבר ועניין. המבוטח יהיה חייב בתשלום פרמיה ו/או השלמת הפרמיה כמתחייב על פי הסכם זה, החל מהמועד בו צורף המבטח לביטוח.

12.4 מוסכם כי סעיפי האחריות יעמדו בתוקפם הן לתקופת הביטוח הראשונה, והן לכל תקופות הארכה ו/או חידוש של הפוליסה, ו/או הסכם ביטוח הבראות הקבוצתי שבין בעל הפוליסה למבטח.

13. הודעות

כתובות הצדדים לצורך הסכם זה תהיינה אלו הרשומות בצד שמותיהם במבוא להסכם זה, או כל כתובת אחרת שימסור צד למשנהו בהודעה בכתב. כל הודעה שתישלח על ידי צד אחד למשנהו לפי הכתובות שלעיל, תהיה בכתב, ותיחשב כאילו הגיעה לתעודתה כעבור 72 שעות מעת המשלוח בדואר רשום, או כעבור 24 שעות מעת המסירה ביד, או במועד שיגורה בפקסימילה שניתן עליו אישור טלפוני.

14. שונות

14.1 המבטח אינו רשאי להמחות ו/או להעביר ו/או להסב לצד שלישי כלשהו את זכויותיו ו/או התחייבויותיו מכוח הסכם זה, כולן או חלקן, אלא בהסכמת בעל הפוליסה מראש ובכתב.

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

14.3 לא יהא כל תוקף לכל שינוי, תיקון ו/או ויתור על הוראות הסכם זה, אלא אם כן נעשה במסמך אשר נחתם על-ידי שני הצדדים.

14.4 שום התנהגות על-ידי מי מן הצדדים לא תחשב כויתור על איזו מזכויותיו על-פי הסכם זה, ו/או כויתור או הסכמה מצדו לאיזו הפרה או אי-קיום של תנאי מתנאי ההסכם, או כשינוי, ביטול או תוספת על תנאי שהוא אלא אם כן נעשו במפורש ובכתב.

- 14.5 הדין החל על הסכם זה הנו דין מדינת ישראל, סמכות השיפוט הייחודית והבלעדית לעניין הסכם זה נתונה אך ורק לבתי המשפט המוסמכים לכך בעיר חיפה (והצדדים שוללים במפורש את סמכותם המקומית של בתי משפט אחרים ברחבי הארץ).
- 14.6 מבלי לפגוע בכל סעד העומד לזכות בעל הפוליסה מכוח כל דין ו/או הסכם, בעל הפוליסה יהיה רשאי לקזז ו/או לעכב תחת ידיו כל סכום אשר יגיע למבטח ממנו מכל מקור שהוא כנגד כל סכום שהמבטח יהיה חייב לבעל הפוליסה על-פי הסכם זה ו/או על-פי כל דין.
- 14.7 ספריו ופנקסיו של בעל הפוליסה, ישמשו עדות והוכחה לכאורה לנכונות האמור בהם ולעובדת עשייתו, לרבות לעניין מספר החברים המבוטחים בפוליסה ולעניין כל הסכומים שישולמו על-ידי בעל הפוליסה למבטח במסגרת ביצוע ההסכם.

פוליסת ביטוח רפואי לחברי הסגל האקדמי באוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם

פרק א' – הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בציודם:
בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר, הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך.

1. **המבטח:** הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. **בעל פוליסה:** ארגון הסגל האקדמי הבכיר.
3. **עובד:** עובד אוניברסיטה חיפה לרבות מי שפרש לגמלאות (להלן "גמלאי").
4. **חבר:** עובד אוניברסיטה חיפה החבר בארגון הסגל האקדמי הבכיר באוניברסיטת חיפה.
5. **הסכם הביטוח:** הסכם שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת פוליסה לביטוח רפואי לחבריו ובני משפחותיהם, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו, כמפורט להלן. מובהר ומוסכם כי ההסכם יחול גם על גמלאים אשר חברים אצל בעל הפוליסה.
6. **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
7. **ילדים:** ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק, שטרם מלאו להם 21 שנים. מובהר כי תנאי הפוליסה החלים על ילדי חברים יחולו גם על בן/ת זוגו של הילד.
8. **בני משפחה:** בן/בת זוג, ילדים, בני/בנות זוג של הילדים וילדי הילדים (נכדים).
9. **ילד בוגר:** ילדו של חבר כאמור שמלאו לו 21 שנה. מובהר כי תנאי הפוליסה החלים על ילדי חברים- בוגרים יחולו גם על בן/ת זוגו של הילד הבוגר.
10. **אלמן/ה:** בן/ת זוג של חבר שנפטר.
11. **המבטח:** חברה, גמלאי/ת, אלמן/ה, בן או בת זוגם וילדיהם אשר הצטרפו לביטוח, **הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות שבהסכם הביטוח.**
12. **יועץ ביטוח:** ש.לוטינגר ושות' בע"מ.
13. **הצעת הביטוח:** טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו, וחתום על ידי החבר בשמו ובשם כל אחד מיחידו משפחתו, הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות שבהסכם הביטוח.
14. **תאריך תחילת הביטוח:** התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח.
15. **תקופת המתנה:** תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבטח מתאריך קרות מקרה הביטוח, כמצוין בכל פרק או נספח, ככל שמצוין, ומסתיימת בתום תקופה שצוינה

(ככל שצויינה). במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח. זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה ובתנאי שנמצא במצב מזכה במועד זה.

16. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת הביטוח, ומסתיימת בתום התקופה שצויינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו יחשבו כתקופה רציפה אחת. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה. מובהר בזאת כי לגבי מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח לא תחול תקופת אכשרה.

17. **דמי הביטוח:** הסכום שעל המבוטח לשלם למבטח בגין פוליסה זו, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט בהסכם הביטוח.

18. **מקרה הביטוח:** מערכת עובדות ונסיבות, כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה ו/או הנספחים, אשר קיומה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.

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

20. **מדד בסיס:** מדד חודש אוקטובר אשר פורסם ב- 15 בנובמבר 2012.

21. **מדד ידוע:** המדד האחרון הידוע ביום תשלום כלשהו, עפ"י פוליסה זו.

22. **הצמדה למדד:** התאמת הסכומים (לרבות פרמיה, השתתפות עצמית, תקרת חבות, תגמולי ביטוח) ביחס שבין המדד הידוע לבין מדד הבסיס. התאמת הסכומים תיעשה בכל חודש ביום הראשון של החודש.

23. **שנת ביטוח:** תקופה של 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, והמתחדשת כל 12 חודשים.

24. **יום/יממה:** יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות.

25. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. אשפוז למספר שעות לצורך ביצוע ניתוח ייחשב כיום אשפוז לעניין פוליסה זו. (להלן "אשפוז יום").

26. **סכום ביטוח:** הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.

27. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.

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

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

30. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל.

31. **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.

32. **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה -אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T). בדיקת

תהודה מגנטית (M.R.I), מיפוי PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, בדיקה פתולוגית ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות לצורך מניעה, או לקביעת דרכי הטיפול בו, לרבות בדיקות גנטיות ובדיקות אונקו גנטיות המבוצעות בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן. כל זאת בתנאי שהבדיקות מבוצעות בבתי חולים ו/או מעבדה ו/או במכון רפואי מוסמך אשר אושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, לרבות אם הבדיקות נשלחו למעבדה בחו"ל לצורך פענוחן. מובהר כי בדיקות סקר או מניעה יכוסו בחלוף שתי שנות ביטוח, על פי המלצה מאת רופא משפחה או רופא מומחה שהנושא הנבדק בתחום מומחיותו.

33. **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, בתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).

34. **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 יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד (כגון בית חולים הדסה או שערי צדק).

35. **בית חולים פרטי:** בית חולים שאושר ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, או ע"י המבטח, למתן שירותי רפואה פרטיים.

36. **בית חולים שבהסכם:** בית חולים כמוגדר לעיל, ואשר למבטח הסכם התקשרות עמו לצורך ביצוע ניתוחים וטיפולים למבוטחים כמפורט בפוליסה זו.

37. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. להלן קופות חולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית או כל קופה אחרת שתהיה קיימת.

38. **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעיים וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שנלקחו מגופו של המבוטח או מגופו של אדם אחר ו/או של איבר אשר נלקח ממקור אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי, אשר מקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

הגדרה זו נוסחה באופן שייטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח.

39. **ניתוח:** כל פעולה פולשנית חודרנית (INVASIVE), בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, לרבות ומבלי למצות באמצעות גלי לייזר מכל סוג שהוא, גלי קול, הלם או רדיו, אשר מטרתה טיפול במצב רפואי ו/או ריפוי ו/או מניעה ו/או אבחון מחלה או פגיעה, ו/או תיקון פגם או עיוות של המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות לאבחון או לטיפול, כגון: הראית אבריים פנימיים (ENDOSCOPY למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה, ריסוק אבני כליה או מרה.

הגדרה זו נוסחה באופן שייטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח.

40. **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא המבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים.

41. **טיפול חליפי לניתוח:** כל טיפול רפואי שאינו ניתוח, שעל פי חוות דעתו של רופא מומחה בתחום, הטיפול נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע,

או למנוע ביצוע הניתוח. כל זאת בתנאי שבמועד קבלת הטיפול הוא אינו נחשב כניסיון, אינו למטרה אסתטית, ואינו מתחום הרפואה המשלימה.

42. **מנתח:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או במקום מתן הטיפול, כרופא מומחה מנתח.

43. **מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים במקום ביצוע הניתוח, ואשר למבטח הסכם התקשרות עמו לצורך ביצוע ניתוחים וטיפולים למבוטחים.

44. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה, בישראל או בחו"ל, כרופא מרדים.

45. **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

46. **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה, מנהל או סגן מנהל מחלקה, או מנהל מכון/יחידה בבית חולים או מי שכהן בעבר במשרה זו, ו/או רופא בעל תואר אקדמי של פרופסור ממוסד אקדמי המוכר בישראל, או מי שמוכר כרופא מומחה ע"י הביטוח המשלים של קופות חולים.

47. **אחות/אח:** אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל - אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.

48. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשור או יתקשר המבטח בהסכם, במועד קרות מקרה הביטוח, לצורך ביצוע ניתוחים, טיפולים, בדיקות ואבחונים או שירותים רפואיים אחרים המכוסים בפוליסה זו, בישראל ובחו"ל. פרטי נותני השירותים שבהסכם והדרך להתקשר עימם מופיעים באתר המבטח ובאתר הביטוח הייעודי שיפורסם למבוטחים.

49. **שתל, איבר מושתל, תותב:** כל איבר או איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי (או חלק מהם) ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים או מוחדרים או המורכבים בגופו של המבוטח, במהלך ו/או תוך כדי ביצוע ניתוח או פעולה פולשנית אחרת המכוסים על פי פוליסה זו, או אחריה. מובהר כי תותבת שיניים או שתל דנטלי או איבר המושתל בהליך של השתלה כמצוין בסעיף 35 לעיל, אינם נכללים בהגדרת שתל לעניין פוליסה זו.

50. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי אחר אשר מטרתו לרפא או לטפל או להקל על הסימפטומים הרפואיים, שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה המשלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.

51. **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך.

52. **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 ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

53. **מועד תחילת ההסכם:** 1 בדצמבר 2012.

54. **שב"ן:** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות הניתנים על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה

חבר המבוטח ו/או על ידי אישיות משפטית שהוקמה על ידי קופת חולים ו/או על ידי חברת ביטוח ביחד ו/או בשם ו/או עבור קופת החולים, לרבות שירותי בריאות במסגרת תוכנית לשירותי בריאות נוספים כהגדרתה בחוק הבריאות ו/או בכל הסדר חוקי שיבוא במקומו.

55. **תכנית שב"ן מוכרת:** תכניות "כללית מושלם", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף", "מגן זהב" או כל תכנית שב"ן אחרת הקיימת באותה קופה בה חבר המבוטח, והמבטיחה כיסויי ביטוח וזכויות נרחבות יותר מהמוצע בתכנית המוזכרות לעיל.

56. **תאונה:** אירוע מקרי ובלתי צפוי אשר אירע במהלך תקופת הביטוח, וגרם ע"י אמצעי חיצוני להיזק גופני אשר מהווה את הסיבה העיקרית לקרות מקרה הביטוח. מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינן בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.

57. **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) שאינו מאושר ע"י הרשות המוסמכת בישראל או ע"י הרשות המוסמכת לאישור תרופות בארה"ב (F.D.A.) או במדינות האיחוד האירופי - E.M.E.A, קנדה או אוסטרליה או ניו-זילנד או יפן או נורווגיה או שווייץ או איסלנד (להלן "מדינות מוכרות"), לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. מובהר כי תרופה המוגדרת כ"תרופת יתום" ע"י E.M.E.A או F.D.A לא ייחשבו לטיפול ניסיוני. אישור הרשויות למתן טיפול רפואי לצורך מחקר או טיפול הדורש אישור ועדת הלסינקי ייחשב כטיפול ניסיוני לעניין פוליסה זו.

58. **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.

59. **אובדן או פגיעה בהשתכרות:** אי יכולתו של המבוטח לעסוק בעיסוקו או מקצועו בו עסק טרם קרות מקרה הביטוח, באופן מלא או חלקי, כתוצאה מאירוע ביטוחי, ונפגעה הכנסתו מעבודה בהתייחס לממוצע שכרו במהלך 12 חודשים לפני קרות מקרה הביטוח.

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

61. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבות, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם העיקרי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם אשר מתועד במסמכים רפואיים, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

62. **רצף ביטוחי מלא:** מעבר בין ביטוח רפואי קודם (פרטי או קבוצתי) לביטוח רפואי חדש, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. לאמור, תנאי החיתום לגבי הביטוח החדש יהיו כפי שנקבע לגבי הצטרפותו לביטוח הקודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודם. 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 הפרטי כמועד הצטרפותו לביטוח זה. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים.

63. **מצב רפואי המחייב טיפול הנזכר בהגדרת מקרה ביטוח (כגון טיפול מיוחד בחו"ל, ניתוח בארץ או בחו"ל, השתלה, טיפול תרופתי):** מקרה ביטוח המוגדר כמצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול, משמעו שישנה קביעה או המלצה מתועדת לפיה על המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי.

64. **מועד קרות מקרה הביטוח:** כאשר מקרה הביטוח מוגדר כמצבו הרפואי המחייב את טיפול רפואי יהיה המועד הקובע המועד בו נקבע לראשונה, על פי אבחנה ו/או חו"ד רפואית ו/או המלצה מתועדת, ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול. המועד הקובע לגבי מקרי הביטוח האחרים יהיה המועד בו בוצע השירות או הטיפול הרפואי.

פרק ב' –

חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים

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

1.1 מקרה הביטוח לגבי מבטח שגילו מעל 18 שנים נובע כתוצאה אלכוהוליזם ו/או שימוש בסמים, למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראות רופא.

1.2 מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית של המבוטח.

1.3 מקרה הביטוח אירע לפני מועד הצטרפות המבוטח לביטוח.

1.4 מקרה ביטוח שארע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופת האכשרה, כמפורט בסעיף ההצטרפות לביטוח אשר בפרק ג'.

1.5 מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח.

1.6 מקרה הביטוח אירע כתוצאה ממום ו/או מחלה מולדים בכפוף לאמור בסעיף 2 להלן. למרות האמור המבטח יהיה אחראי וישלם תגמולי ביטוח לילדו של מבטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח תוך 180 יום מיום לידתו.

1.7 לגבי כיסוי ביטוחי המקנה שיפוי, לא יכוסה מקרה הביטוח שנגרם תוך כדי שירותו של המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע, ובתנאי שהמבוטח זכאי לשיפוי מלא מגורם ממשלתי בגין הטיפולים הכלולים בפוליסה זו. במקרים בהם השיפוי חלקי ישא המבטח ביתרת העלות ועד חבותו על פי כל פרק.

1.8 מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

1.9 טיפולי שיניים למעט ניתוחי פה ולסת וחניכיים המכוסים בפרק הניתוחים.

2. סייג בשל מצב רפואי קודם:

2.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שהגורם העיקרי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל 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 של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

- ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 2.2 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק י"א, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופות האכשרה הנקובות בפרק זה.
- 2.3 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי.
- 2.4 סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.
3. 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.
4. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
5. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטח את בירור חבותו, לא יהיה המבטח חייב בתגמולי הביטוח.
6. לא קוימה חובת המבוטח לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 לחוק חוזה ביטוח, וקוימה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- 6.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.
- 6.2 אי קוימה או איחורה לא מנע מהמבטח את ברור חבותו ולא הכביד על הברור.
- 6.3 עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את ברור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

פרק ג' –

תנאים כלליים אשר חלים על כל רובדי הביטוח

1. מהות הביטוח

הביטוח על פי פוליסה זו, הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על כל החברים בארגון הסגל האקדמי ובני משפחותיהם אשר הצטרפו לביטוח זה בהתאם לתנאי ההצטרפות המצוינים להלן. הזכאות לתגמולי ביטוח ברובד ביטוח ניתוחים וביטוח שירותים רפואיים נוספים הינם לאחר מיצוי זכאותו (שיפוי, פיצוי, הנחה או השתתפות) של המבוטח במסגרת תכנית שב"ן מוכרת בה הוא חבר, ובנוסף להם.

2. היקף הביטוח

2.1 רובדי הביטוח

הביטוח עבור חברי הסגל האקדמי ובני משפחותיהם כולל את רובדי הביטוח כמפורט להלן:

2.1.1 רובד בסיסי "בריאות חובה"

רובד ביטוחי זה כולל את הכיסויים הבאים:

2.1.1.1 ביטוח השתלות וטיפולים וניתוחים בחו"ל כאמור בפרק ד'.

2.1.1.2 ביטוח תרופות וטיפולים שאינן כלולים בסל הבריאות כאמור בפרק ה'.

2.1.1.3 ביטוח ניתוחים, טיפול מחליף ניתוח, ושירותי שיקום והחלמה לאחר ניתוח, כאמור בפרק ו'.

2.1.2 רובד רשות (הרחבה I)

מבוטח שרכש את רובד הביטוח "בריאות חובה", רשאי לרכוש רובד רשות זה הכולל את הכיסויים הבאים:

2.1.2.1 ביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ו'.

2.1.2.2 בדיקות אבחון ויעוץ עם מומחה, כאמור בפרק ז'.

2.1.2.3 כתב שירות - מוקד טלפוני ליעוץ רפואי ורופא עד הבית כאמור בפרק ח'.

2.1.2.4 כתב שירות - לחיות בריא, כאמור בפרק ט'.

2.1.3 רובד רשות (הרחבה II)

מבוטח רכש את רובד הביטוח "בריאות חובה" ולא רכש את רובד רשות (הרחבה I), רשאי לרכוש רובד רשות זה הכולל:

2.1.3.1 בדיקות אבחון ויעוץ עם מומחה, כאמור בפרק ז'.

2.1.4 רובד רשות (הרחבה III)

מבוטח שרכש את רובד הביטוח "בריאות חובה", רשאי לרכוש רובד רשות זה הכולל:

2.1.4.1 ביטוח שירותים רפואיים נוספים כאמור בפרק יא'.

2.1.5 **חברי סגל אקדמי המבוטחים במסגרת הסדר ביטוח קודם**
חברי הסגל האקדמי אשר מבוטחים בביטוח בריאות פרטי בחברת כלל יהיו זכאים לרכוש ביטוח בסיסי הכולל כיסוי מופחת כדלקמן:

2.1.5.1 **הכיסוי לביטוח** ניתוחים הינו עד ל־6,600 ש"ח.

2.1.5.2 **הכיסוי לביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות מותנה במיצוי הזכאות בביטוח הפרטי והמבטח יכסה מקרי ביטוח שאינם כלולים בכיסוי הביטוחי במסגרת הביטוח הפרטי.**

2.1.5.3 **הכיסוי להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל לא יכלל בפוליסה הקבוצתית בחב' "הראל" (כיון שהוא קיים בפוליסה הקיימת בחב' "כלל").**

2.1.5.4 **יובהר כי רכישת הכיסוי המופחת מותנית במילוי הצהרה לפיה המבוטח מאשר כי ידוע לו היקף הכיסוי המופחת (נספח 7).**

2.1.5.5 **דמי הביטוח עבור הכיסוי המופחת יהיו נמוכים מדמי הביטוח עבור הכיסוי המלא, כמפורט בסעיף 14 להלן.**

3. ההצטרפות לביטוח

3.1 אופן ההצטרפות לביטוח

3.1.1 כל החברים אצל בעל הפוליסה המופיעים ברשימה שתועבר למבטח במועד תחילת ההסכם, אשר אינם נדרשים לשלם עבור הביטוח לרבות עבור חובת תשלום מס, יצורפו לרובד ביטוח בסיסי ולרובד ביטוח ניתוחים במועד תחילת ההסכם ללא צורך במילוי בקשת הצטרפות.

3.1.2 חברים חדשים אצל בעל הפוליסה, שחברותם תחול לאחר מועד תחילת ההסכם הביטוח, אשר לא ידרשו לשלם עבור הביטוח לרבות עבור חובת תשלום מס יצורפו לרובד ביטוח בסיסי ולרובד ביטוח ניתוחים, במועד תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי בקשת הצטרפות.

3.1.3 הצטרפות החברים לרובד הרשות הינה וולונטרית, על פי הסכמה מפורשת של החבר מראש ובכתב.

3.1.4 הצטרפות בני/בנות זוגם של החברים ו/או ילדיהם ונכדיהם לכל אחד מרובדי הביטוח הינה וולונטרית, לאחר שניתנה הסכמה של החבר מראש בכתב.

3.1.5 ניתן לצרף נכדים בתנאי ששני הורי הנכד יהיו כלולים בביטוח. בן/בת הזוג של החבר, ילדיו ונכדיו יהיו מבוטחים באותם רבדי ביטוח של החבר.

3.2 תנאי ההצטרפות לכל אחד מרבדי הביטוח

3.2.1 הצטרפות חברים קיימים

3.2.1.1 כל החברים בסגל האקדמי המופיעים ברשימה שתועבר למבטח במועד תחילת ההסכם, וחברים אשר יגישו בקשת הצטרפות עבור בני/ות זוגם וילדיהם שגילם נמוך מ-30 שנה, תוך 90 יום ממועד תחילת ההסכם (להלן "תקופת הצטרפות לעובדים קיימים"), יצורפו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, **בכפוף לסייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב'.** זכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי, **למעט תקופות האכשרה הנקובות בפרק יא'.** יובהר כי לא יינתן כיסוי עבור מקרה ביטוח שאירע טרם הצטרפות לביטוח.

3.2.2 הצטרפות חברים חדשים

3.2.2.1 חברים שיחלו את חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת ההסכם, (להלן "חברים חדשים") ובני משפחותיהם, אשר יבקשו בכתב להצטרף לביטוח תוך 90 יום ממועד תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, (להלן "תקופת הצטרפות לעובדים חדשים") יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, **בכפוף לסייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב'.** זכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי, **למעט תקופות האכשרה הנקובות בפרק י"א.** יובהר כי לא יינתן כיסוי עבור מקרה ביטוח שאירע טרם הצטרפות לביטוח.

3.2.2.2 חברי סגל הנמצאים בחל"ת או בשנת שבתון יהיו זכאים להצטרף לביטוח על פי הכללים המצוינים בס"ק 3.2.2.1.

3.2.3 הצטרפות של בן/בת זוג חדש

בן/בת זוג אשר ת/ינשא לחבר - מבוטח, ובני משפחתה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח תוך 90 יום ממועד הנישואין, (להלן "תקופת הצטרפות לבני זוג חדשים") או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של החבר, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, **בכפוף לסייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב'.** זכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי, **למעט תקופות האכשרה הנקובות בפרק י"א.** יובהר כי לא יינתן כיסוי עבור מקרה ביטוח שאירע טרם הצטרפות לביטוח.

3.2.4 צירוף תינוק לביטוח

תינוק ששני הוריו מבוטחים בביטוח זה לפחות 6 חודשים טרם היוולדו, לרבות ביטוחו של בן הזוג במסלול ברות ביטוח של בן הזוג כאמור בס"ק 3.2.10 להלן, ואשר תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 180 יום מיום היוולדו, (להלן "תקופת הצטרפות לתינוק שנולד") יצורף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה לגבי כל פרקי הפוליסה, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יהיה במועד היוולדו. בחלוף תקופה זו הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה.

מובהר כי ההצטרפות לביטוח הינה לרובדי הביטוח בהם היו מבוטחים הוריו עובר למועד הלידה.

מובהר למעלה מכל ספק כי כיסוי זה יינתן גם לתינוקה של חברה שאינה נשואה (רווקה/גרופה/אלמנה).

3.2.5 חברים ובני משפחתם אשר יבקשו להצטרף לביטוח לאחר תקופת ההצטרפות המצוינות לעיל, לפי העניין, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות, המצורפת לפוליסה זו, ותחול תקופת אכשרה כנקוב בכל אחד מפרקי הפוליסה.

3.2.6 תנאי הצטרפות של חבר ו/או בן זוגו וילדיו שבמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי.

3.2.6.1 חבר ו/או בני משפחתו של חבר המבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי, יהיו זכאים להצטרף לביטוח במהלך תקופת ההצטרפות הנקובות לעיל, לפי העניין, ברצף ביטוחי מלא. לאחר מועד זה ההצטרפות תהיה כפופה למילוי הצהרת בריאות.

3.2.6.2 מובהר ומוצהר כי האמור בס"ק 3.2.6.1 הינו לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים להם היו זכאים, אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הפרטי או הקולקטיבי הקודם.

3.2.7 תנאי ההצטרפות של ילדי חברים

3.2.7.1 ילדים של חברים שאינם גמלאים, בני/בנות זוגם וילדיהם (נכדי החברים) יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה בכפוף לתנאי ההצטרפות המצוינים לעיל.

3.2.7.2 למרות האמור הצטרפות ילדו של מבוטח שמלאו לו 30 שנה כרוכה במילוי הצהרת בריאות המצורפת לפוליסה זו.

3.2.7.3 צירוף נכדי חברים מותנה בצירוף שני הוריו של הנכד (כלומר ילדו של החבר ובן/ת זוגו).

3.2.8 זכאות במהלך שירות צבאי סדיר

במהלך שירות צבאי סדיר יהיה ילדו של מבוטח זכאי לתגמולי ביטוח ללא צורך במיצוי זכאותו מהשב"ן, בהתאם לרובדי הביטוח בהם היה מבוטח טרם גיוסו לשירות הצבאי. 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 - המבוטח לא יוכל למצות את מלוא זכויותיו על פי תנאי פוליסה זו.

3.2.9 פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר פרשו מביטוח זה, או מכל רובד ממנו, מסיבה כלשהי וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. מבוטחים אלה יהיו זכאים לתגמולי ביטוח לאחר תקופת האכשרה הנקובות בכל פרק.

3.2.10 מסלול ברות ביטוח לבן זוג

בן/בת זוג של חבר המבוטח על פי פוליסה זו, המבוטח בביטוח קבוצתי אצל מבטח אחר, יוכל לבחור ולהצטרף לביטוח במסגרת "מסלול ברות ביטוח" שמשמעו כדלקמן:

- 3.2.10.1 בן/בת הזוג יצטרף ל"מסלול ברות ביטוח" בהתאם לתנאי ההצטרפות המוזכרים בסעיף 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3 לעיל.
- 3.2.10.2 בן הזוג לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח שלו בביטוח האחר.
- 3.2.10.3 דמי הביטוח בגין "מסלול ברות ביטוח" יהיו בשיעור 25% מעלות דמי הביטוח למבוטח בהתאם לגילו.
- 3.2.10.4 במהלך 60 ימים מיום סיום עבודתו של בן/בת הזוג במסגרת מקום עבודתו, או מהמועד בו הסתיים הביטוח לכלל המבוטחים שהיו כלולים בביטוח הקבוצתי כאמור, יוכל לעבור ולהיות מבוטח עפ"י תנאי הפוליסה זו ברצף ביטוחי מלא.
- 3.2.10.5 לאחר 60 יום מהמועדים המצוינים לעיל, יוכל המבוטח להצטרף לפוליסה רק לאחר מילוי הצהרת בריאות מעודכנת לאותו מועד, ותקופות אכשרה הנקובות בפרק ו"א.

3.3 תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח

- 3.3.1 אם ההצטרפות אינה כרוכה במילוי הצהרת הבריאות, תשובת המבטח לבקשת ההצטרפות תהיה בתוך 7 ימי עבודה.
- 3.3.2 אם ההצטרפות כרוכה במילוי הצהרת בריאות, המבטח ישיב על בקשת ההצטרפות לביטוח בתוך 14 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו במשרדי המבטח כל המסמכים שדרש על מנת לקבוע את החלטתו לגבי תנאי ההצטרפות. אם לא תינתן תשובת המבטח למבוטח במהלך תקופה זו, יחשב המבוטח כאילו אושרה הצטרפותו לביטוח ללא תנאי או סייג.
- 3.3.3 אם אישר המבטח את בקשת ההצטרפות, יודיע למבוטח בכתב את המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח.
- 3.4 חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.
- 3.5 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 3.6 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

3.7 הצטרפות לביטוח ניתוחים מ"השקל הראשון" במקרה של ביטול השב"ן

- 3.7.1 מבוטח אשר במועד 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 תכנית "ביטוח ניתוחים מורחב" הכוללת את הכיסויים

הביטוחיים המצוינים בפרק י'. הזכאות לתגמולי ביטוח בתכנית "ביטוח ניתוחים מורחב" הינה מ"השקל הראשון".

- 3.7.2 ההצטרפות לתכנית "ביטוח ניתוחים מורחב" תהיה ברצף ביטוחי מלא.
- 3.7.3 מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לתכנית "ביטוח ניתוחים מורחב" מותנית בכך שהוגשה בקשת הצטרפות תוך 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן, כפי שמצוין בהודעת הביטול שנשלחה למבוטח ע"י השב"ן, ובתנאי שמקרה הביטוח טרם אירע. לאחר 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן לא יוכל המבוטח להצטרף לתכנית "ביטוח ניתוחים מורחב" וזכאותו לתגמולי ביטוח תהיה כאמור בסעיף 6.1.4 להלן.
- 3.7.4 הביטוח על פי תכנית "ביטוח ניתוחים מורחב" יכנס לתוקפו במועד בו הסתיימה החברות בשב"ן.
- 3.7.5 דמי הביטוח החודשיים עבור התכנית "ביטוח ניתוחים מורחב" הינם בשיעור 200% מדמי הביטוח החודשיים עבור רובד הניתוחים.
- 3.7.6 שאר הכיסויים הביטוחיים יהיו ללא שינוי.

4. תוקף הביטוח

הביטוח יכנס לתוקפו לגבי כל אחד מהמבוטחים כדלקמן:

- 4.1 לגבי מבוטחים שיצטרפו ללא הצהרת בריאות, הביטוח יכנס לתוקפו באחד בחודש העוקב לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות.
- 4.2 לגבי מבוטחים שהצטרפותם מותנית במילוי הצהרת בריאות, הביטוח יכנס לתוקפו באחד בחודש העוקב למועד בו אושרה קבלתם לביטוח ע"י המבטח.
- 4.3 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח. לעניין זה, "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

5. תביעות

- 5.1 מבלי לפגוע בזכויות המבוטח על פי פוליסה זו, על פי כל דין, המבוטח יודיע למבטח על מקרה הביטוח מהר ומוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר למבטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה מהר ככל שניתן. המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו, או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף לאמור להלן.
- 5.2 **התחייבות המבוטח למצות את זכאותו בביטוח המשלים (שב"ן)**
תנאי הביטוח על פי פרק הניתוחים ופרק שירותים רפואיים נוספים הינם במתכונת "משלים לשב"ן, על כן, על המבוטח יחולו התנאים הבאים:
- 5.2.1 תחילה יפנה המבוטח לשב"ן בוא הוא חבר ויברר את זכאותו בהתאם לתנאי השב"ן.

- 5.2.2 המבוטח יודיע למבטח, מוקדם ככל שניתן, על החלטת השב"ן לגבי התביעה שהוגשה.
- 5.2.3 בכל אחד מהמקרים המצוינים להלן, יהיה רשאי המבוטח לדרוש מהמבטח הסדרת התשלומים עם ספק השירות, ו/או קבלת מימון כדי לקבל את הטיפול במועד:
- 5.2.3.1 אם חלפו למעלה מ- 14 יום ממועד הגשת התביעה לשב"ן, וטרם התקבלה תשובה, וכתוצאה מכך נבצר מהמבוטח לקבל את הטיפול.
- 5.2.3.2 כאשר ישנה סכנה לחיי המבוטח או סכנה להחמרה במצב בריאותו.
- 5.2.3.3 המבוטח נדרש לשלם במישרין השתתפות עצמית לנותן השירות, הכול בכפוף לזכאות המבוטח ותקרת חבותו של המבטח על פי כל פרק, ובכפוף לאמור בסעיף 7 להלן.
- 5.2.4 מובהר ומוצהר בזאת כי הוראות קופת החולים ו/או השב"ן לא יחולו על פוליסה זו.

5.3 קבלת אישור מראש מאת המבטח

- 5.3.1 במקרי ביטוח הבאים: השתלות וטיפולים בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות וטיפולים שלא בסל הבריאות, בדיקות אבחוניות והוצאות רפואיות מיוחדות יפנה המבוטח למבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח.
- 5.3.2 על אף האמור בסעיף 5.3.1, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור 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.
- 5.3.3 על אף האמור לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי כאמור טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובגובה חבות המבטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.
- 5.3.4 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, אישור מאת השב"ן לגבי זכאותו, 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). **פרטים על אופן הגשת התביעה והמסמכים הנדרשים ניתן למצוא באתר הייעודי לחברי בעל הפוליסה.**
- 5.3.5 המבטח ישיב למבוטח תוך 7 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יסופלו הפניות באופן מיידי.

- 5.4 המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה לשם בדיקת אמיתות העובדות המשמשות יסוד לתביעה, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו, ובלבד

שהבדיקה אינה מסכנת את בריאותו של המבוטח, ו/או עלולה לגרום לו היזק רפואי ו/או אינה בדיקה פולשנית, ומקום ביצועה של הבדיקה יהיה במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח, ותוך התחשבות ככל הניתן במין הרופא הנובעים מטעמי דת או צניעות.

6. תגמולי ביטוח

6.1 **הזכאות לתגמולי ביטוח – מיצוי ביטוח המשלים (שב"ן)**
הזכאות לתגמולי ביטוח ברובד ביטוח ניתוחים וביטוח שירותים רפואיים נוספים הינם הינה לאחר מיצוי זכאותו (שיפוי, פיצוי, הנחה או השתתפות) של המבוטח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר, ובנוסף להם ("כללית מושלם", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף", "מגן זהב" או כל תכנית שב"ן אחרת הקיימת באותה קופה בה חבר המבוטח, והמבטיחה כיסויי ביטוח וזכויות נרחבות יותר) ובכפוף לאמור להלן.

6.1.1 **תגמולי ביטוח עבור טיפולים רפואיים ברובד "ביטוח ניתוחים" (פרק י')**

בכפוף לאמור בפרק י', המבטח ישפה את המבוטח או ישלם לנותן השירות עבור ההוצאות בגין שירותי ניתוח ואשפוז בסכום ההפרש שבין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי תנאי פוליסה זו, לבין זכאותו לתגמולים במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר.

6.1.2 **תגמולי ביטוח עבור רובד שירותים רפואיים נוספים (פרק יא')**
המבטח ישפה את המבוטח כדלהלן:

6.1.2.1 יחושב ההפרש שבין הסכום ששילם המבוטח לנותן השירות, לבין התגמול שהתקבל מאת השב"ן עבור אותו טיפול, אם התקבל.

6.1.2.2 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור הנקוב בכל סעיף, מתוך ההפרש המצוין בסעיף 6.1.2.1.

6.1.2.3 הסכום שישלם המבטח לא יעלה על הסכום המרבי המצוין בכל סעיף אשר בפרק יא'.

6.2 **חבות המבטח לגבי שירותים רפואיים אשר אינם מכוסים ע"י השב"ן**

6.2.1 אם המבוטח אינו זכאי לתגמולי ביטוח במסגרת השב"ן בו הוא חבר, לגבי טיפולים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, מאחת או יותר מהסיבות המצוינות להלן, ישא המבטח במלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל אחד מפרקי הפוליסה (עד לסכומי הביטוח וההשתתפות העצמית הנקובים בכל סעיף), ובכפוף לתנאים אשר בפוליסה זו.

6.2.1.1 השירותים הכלולים עפ"י פוליסה זו אינם כלולים בסל השירותים בשב"ן.

6.2.1.2 תביעתו לתוכנית השב"ן נדחתה מסיבה כלשהי, לרבות בשל זהות נותן השירות, ו/או המקום בו מבוצע הטיפול, ו/או המועד בו מבוצע הטיפול הרפואי, או בשל מיצוי מכסת הטיפולים.

6.2.1.3 המבוטח הצטרף לתכנית השב"ן טרם הצטרפותו לביטוח זה, אך נשללה זכאותו לתגמולים עקב היותו בתקופת אכשרה במועד קרות מקרה הביטוח.

6.2.2 אם במועד קרות מקרה הביטוח אין למבוטח זכאות לכיסוי ביטוחי במסגרת השב"ן מאחת הסיבות הבאות:

6.2.2.1 המבוטח אינו חבר בשב"ן באותה עת, לרבות בשל פיגור או אי תשלום דמי חבר.

6.2.2.2 המבוטח חבר בתוכנית שב"ן שאינה תכנית שב"ן מוכרת כהגדרתה בפרק ההגדרות.

6.2.2.3 המבוטח הצטרף לתכנית השב"ן לאחר תחילת תקופת הביטוח, ונשללה זכאותו עקב היותו בתקופת אכשרה במועד קרות מקרה הביטוח.

6.2.2.4 המבוטח לא פנה לשב"ן למימון זכאותו. ישלם המבטח למבוטח מתגמולי ביטוח מופחתים כדלקמן:
במקרה של ביצוע ניתוח המכוסה על פי פרק הניתוחים (פרק י) - ישולם למבוטח או לנותן השרות, לפי העניין, תגמולי ביטוח עבור שירותי ניתוח ואשפוז על פי חבותו כמפורט בפרק הניתוחים מהשקל הראשון בניכוי השתתפות עצמית בסך 5,000 לכל מקרה ביטוח.

במקרה של ביצוע שרות רפואי המכוסה על פי שירותים רפואיים (פרק י"א) - ישולם תגמולי ביטוח עד 50% מסכום הביטוח הנקוב בכל סעיף. לדוגמה סכום הביטוח המירבי אשר ישולם עבור טיפול ברפואה משלימה יהא בסך 54 ש"ח במקום 108 ש"ח.

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

6.3 **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:

6.3.1 **התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם**

6.3.1.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית, בניכוי השתתפות השב"ן לו זכאי המבוטח לפי העניין.

6.3.1.2 כתב ההתחייבות יינתן לנותן השרות ו/או למבוטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לצורך קביעת חבותו.

6.3.1.3 במקרים דחופים, יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

6.3.2 **השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם**

- 6.3.2.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות.
- 6.3.2.2 תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות המקוריות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.

6.3.3 הגשת קבלות למבטח

- 6.3.3.1 תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח קבלות מקוריות המאשרות ששילם את התשלום בפועל.
- 6.3.3.2 במקרה של אובדן הקבלות, או אם הן נדרשות לשם קבלת תגמולי ביטוח במסגרת השב"ן או מגורם אחר, יהיה המבוטח רשאי להגיש למבטח העתקים של הקבלות בצירוף הצהרת המבוטח ו/או מי מטעמו בדבר אובדן הקבלות או לגבי השימוש בהן, ו/או אישור לגבי סכום ההחזר שהתקבל מהשב"ן או מגורם אחר, לפי העניין.

6.4 טיפולים רפואיים בחו"ל

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

6.5 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 המבוטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.

6.6 פטירת מבוטח

נפטר מבוטח, 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 לעיזבונו של המבוטח או ליורשיו, על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.

7. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

- 7.1 הייתה למבוטח 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 למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.
- 7.2 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.
- 7.3 בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.

- 7.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.
- 7.5 מובהר כי הוראות סעיף לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה בידי אדם שהינו קרוב של המבוטח או מעבדיו.

8. זכאות לתגמולי ביטוח במסגרת פוליסה אחרת

- 8.1 אם המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות בגין שירותים רפואיים המכוסים על פי פוליסה זו, במלואן או בחלקן, במסגרת פוליסה אחרת אצל המבטח ו/או אצל מבטח/ים אחר/ים, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח בהתאם להוראות הפוליסה.
- 8.2 למבטח תהיה זכות שיבוב כנגד המבטח האחר באופן יחסי, בהתאם להיקף הכיסוי והסכום לו היה זכאי המבוטח מכלל המבטחים.
- 8.3 המבטח זכאי להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בהמחאת זכויות המבוטח על פי הפוליסות האחרות למבטח, לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקן היחסי של המבטח בהוצאות המכוסות.

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 עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או על-ידי המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.
- 9.3 מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין, ובלבד שהתשלום נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים מהמועד הנקוב בה.

10. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לכל דין, למעט במקרה שהמבוטח אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם. במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבוטח שעבורו לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח.

11. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח.

- 11.1 בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא, ובכפוף לכל דין. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.
- 11.2 המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח בכל עת.
- 11.3 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.
- 11.4 ביטול הפוליסה על ידי מבוטח שהינו חבר משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי המבוטחים שהינם בן זוגו ו/או ילדיו. ביטול הביטוח של בן זוגו של החבר או

ילדיו לא יהווה ביטול הפוליסה של מבטוח שהינו חבר, אלא אם ביקש זאת החבר במפורש.

12. תום הביטוח ו/או הפסקתו

12.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבטוחים יהיה לפי **המוקדם** מבין המועדים הבאים:

12.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.

12.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים המבטוח את חברותו אצל בעל הפוליסה. סעיף זה מתייחס לעובדים שסיימו את עבודתם באוניברסיטה חיפה ואינם גמלאים (להלן "עובד שסיים חברותו אצל בעל הפוליסה").

12.1.3 בכפוף לתקנון מס' 5 התשע"ב-2012 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. סעיף 10 - הודיע המבטוח לחברה על ביטול הפוליסה, תתבטל הפוליסה כעבור שלושה ימים מהיום בו נמסרה הודעת הביטול.

12.1.4 לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג - היום האחרון בחודש בו הודיע המבטוח למבטח בכתב על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג - ידועים בציבור.

12.2 הביטוח על פי פרק ו' - הוצאות רפואיות מיוחדות, יסתיים עבור כל מבטוח במלאת לו 70 שנה, אף אם טרם הסתיימה תקופת הביטוח כפי שצוין לעיל.

12.3 מובהר כי פוליסה זו לא תפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 12, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל פוליסה זו.

13. המשכיות

13.1 סיום ההסכם או ביטולו

13.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבטוח, יהיו רשאים המבטוחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי במתכונת "משלים לשב"ן", הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבטוחים עובר למועד סיום ההסכם או ביטולו.

13.1.2 תגמולי הביטוח בפוליסת הפרט לא יפחתו מאלה הקבועים למבטוח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, אלא אם כן ביקש זאת המבטוח.

13.1.3 דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 25% מהתעריף שהיה בתוקף במועד תחילת ההסכם זה, אלא אם כן שונה התעריף לכלל המבטוחים הקיימים אצל המבטח באישור המפקח על הביטוח, בכפוף לגיל המבטוח בעת מימוש זכות זאת.

13.1.4 במקרה של ביטול הפוליסה על ידי מי מהצדדים, ובמקרה של חידוש הפוליסה אצל מבטח אחר באופן קולקטיבי לכלל המבטוחים או לחלקם, יוכל מבטוח שמעוניין להמשיך ולהיות מבטוח אצל המבטח לעשות כן בתנאים הנקובים בס"ק 13.1.1.

13.1.5 המבטח יפנה בכתב לכל מבטח, או לחלק של המבטחים, אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויזיע למבטח את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

13.1.6 המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא.

13.1.7 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 13.1.1 מתייחס לכיסויי ביטוח ועד לסכומי ביטוח הנכללים בפוליסה זו. אם יוסיף המבטח כיסויים ו/או יבקש להגדיל את סכומי הביטוח מעבר לאלו שבפוליסה זו, ידרש המבטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

13.1.8 המשך הביטוח מותנה בכך שהמבטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

13.2 המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה

13.2.1 בוטל ביטוחם של החבר ו/או בן/ת זוגו וילדיו עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה, או אם הסתיימה העסקתו באוניברסיטת חיפה (לא בשל פרישה לגמלאות), יהיו רשאים מבטחים אלו לרכוש ביטוח רפואי פרטי במתכונת "משלים לשב"ן", הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבטחים עובר למועד סיום חברותו, ברצף ביטוחי מלא.

13.2.2 המבטח יהיה זכאי להנחה בשיעור 25% מהתעריף שהיה בתוקף במועד תחילת ההסכם, אלא אם כן שונה התעריף לכלל המבטחים אצל המבטח באישור המפקח על הביטוח, בכפוף לגיל המבטח בעת מימוש זכות זאת.

13.2.3 עם היוודע למבטח סיום חברותו או סיום עבודתו של המבטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה.

13.2.4 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום סיום העסקה.

13.2.5 המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.

13.3 המשכיות הביטוח עקב גירושין

בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר עקב גירושיו מחבר, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי החבר) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא, על פי התנאים המצוינים בסעיפים 13.2.

13.4 המשכיות הביטוח לגמלאים

מובהר כי חבר מבטח שפרש לגמלאות ובני משפחתו ימשיכו להיות מבטחים על פי תנאי פוליסה זו.

13.5 פטירתו של חבר

מובהר כי שאריו של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבטחים על פי תנאי פוליסה זו.

מובהר בזאת כי המעבר לפוליסת פרט עשוי להיות כרוך בהעלאת דמי הביטוח

13.6 זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת

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

14. דמי הביטוח (הפרמיה החודשית)

הפרמיות החודשיות בשקלים חדשים עבור כל מבטח, הינן כמפורט להלן:

הפרמיה החודשית עבור חבר סגל אקדמי ובני משפחתו:

רובד בסיס: פרקים ד, ה, י	
מעמד וגיל המבוטחים	סכום ב- ש"ח
מבטח עד גיל 68	40
מבטח מעל גיל 68: לפרקים ד, ה	40
ילד עד גיל 21	11
מבטח מעל גיל 68: לפרק י (בלבד)	63
רובדי רשות (הרחבות):	
הרחבה א: פרקים ו, ז, ח, ט	
מבטח עד גיל 68	סכום ב- ש"ח
מבטח מעל גיל 68	20
ילד עד גיל 21	27
מבטח מעל גיל 68	6
הרחבה ב: פרק ז סכום ב- ש"ח	
מבטח עד גיל 68	5
מבטח מעל גיל 68	9
מבטח עד גיל 21	1.5
הרחבה ג: פרק י"א	
מבטח עד גיל 68	סכום ב- ש"ח
מבטח מעל גיל 68	25
ילד עד גיל 21	25
מבטח עד גיל 68	9

הפרמיה החודשית עבור חבר סגל האקדמי ובני משפחתו המבוטחים בביטוח פרטי בחברת כלל ביטוח, ובחרו לרכוש כיסוי ביטוח מופחת:

פרמיה חודשית עבור ביטוח ברובד הבסיסי

מבטח עד גיל 68 - 30 ש"ח

מבטח מעל גיל 68 - 78 ש"ח

הפרמיה עבור רובדי הרשות הינה כנקוב בטבלה שלעיל.

- 14.1 הפרמיות הינן עפ"י מדד אשר פורסם באוקטובר 2012 והיו צמודות למדד.
- 14.2 דמי הביטוח לכל מבוטח לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה למדד), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.
- 14.3 דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי וישולמו במרוכז ע"י בעל הפוליסה או מטעמו, בשיק או ע"י העברה בנקאית עד ה- 15 בכל חודש בגין החודש הקודם (להלן: **"מועדי התשלום"**).

15. תקופת הביטוח

- 15.1 תקופת ביטוח זו הינה 60 חודשים החל מ- 1.12.2012 וכלה ב- 30.11.2017. בתום תקופה זו תחודש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת של 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 15.2 אם במועד חידוש הפוליסה יחול שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
- לעניין זה סעיף זה "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש, או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה.
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבטח לבעל הפוליסה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 15.3 אם חודש הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והמבוטח הודיע למבטח במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח, 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.
- 15.4 מבוטח אשר יגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב העדכון בכפוף לתנאים כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי כמפורט בסעיף 13.1.
- 15.5 בעל הפוליסה יהיה זכאי להאריך את תקופת ההתקשרות בתקופה נוספת של 60 חודשים (להלן: "תקופת האופציה"), כך שסך כל תקופת ההתקשרות לא תעלה על 120 חודשים. הארכת תקופת ההתקשרות כאמור תקבע עד 90 יום לפני תום תקופת ההתקשרות הראשונה. המבטח מצהיר מפורשות, כי לא תהא לו כל טענה בקשר עם אי הארכת ההסכם, ככל שלא יוארך מעבר לתקופת ההתקשרות.
- 15.6 מוסכם בזאת על אף האמור לעיל, כי בעל הפוליסה רשאי בכל עת, לפי שיקול דעתו הבלעדי ובהודעה מוקדמת של 90 ימים מראש, לסיים את ההתקשרות בין הצדדים על פי הסכם זה, אף לפני תום תקופת ההתקשרות, וכן לבטל את ההסכם, בתנאים כמפורט בפוליסה נספח א' להסכם זה.
- 15.7 למען הסר ספק, יובהר כי במקרה של סיום ההתקשרות כאמור יהיה המבטח אחראי למקרי ביטוח שאירעו לפני מועד סיום ההתקשרות וכן, ימשיך המבטח להעניק שירותי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה ועל פי כל דין לעובד ומשפחתו

(לדוגמה המשך תשלומי גמלאות או תשלומים בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח וטרם שולמו או אפשרות לרכישת פוליסת המשך).

15.8 אם חודש הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והמבוטח הודיע למבטח במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח, 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.

15.9 מבוטח אשר יגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב העדכון בכפוף לתנאים כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי כמפורט בסעיף 13.1.

15.10 המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה כלפי מבוטח מסוים, או כלפי כלל המבוטחים, אלא אם מתחייב הדבר על פי דין.

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

16. ערעור על החלטת המבטח

16.1 ועדת ערר

16.1.1 במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, בגין מקרי ביטוח יהיה המבוטח רשאי לפנות ליועץ הביטוח. בסמכות יועץ הביטוח לייצג את ענייני המבוטח מול המבטח או להפנות את נושא המחלוקת לוועדת ערר.

16.1.2 ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

16.1.3 החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

16.1.4 וועדת הערר תורכב משלושה נציגים כדלקמן: נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח.

16.1.5 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ-30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.

16.1.6 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, מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה "המומחה"). יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.

16.1.7 המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.

16.1.8 למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציאת תביעתו, על פי כל דין.

17. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

- 17.1 חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, למעט, השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים אשר המבטח בחר לבצעם בחו"ל. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.
- 17.2 עובד - מבטוח ובני משפחתו אשר יצאו לחו"ל לצורך לימודים, הוראה או מחקר במוסד אקדמי בחו"ל של העובד, לתקופה העולה על 90 יום, **ואינו מעוניין** להמשיך את פוליסת הביטוח ישמרו זכויותיו בביטוח. משמעות הדבר שעם שובו של המבטוח ארצה באופן קבוע, יוכל להצטרף לביטוח מחדש תוך 90 יום מיום חזרתו ארצה ברצף ביטוחי מלא. **מובהר כי במהלך השהות בחו"ל לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור מקרה ביטוח שאירע בתקופה זו, ולשירותים רפואיים שיינתנו לו במהלך תקופה זו.**

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, ימסור המבטח לכל מבטוח, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
- לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מהמבטוח למבטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש, או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבטוח לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 18.4 אם שונו תנאי הביטוח במהלך תקופת הביטוח, שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטוח, והמבטוח הודיע למבטח במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל ממועד השינוי, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 18.5 מבטוח אשר יגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב השינוי כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי כמפורט בסעיף 13.1.1.

19. חובת בעל פוליסה

בעל הפוליסה ימסור למבטח, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

20. גבייה מיסים והיטלים

מובהר בזאת כי מיסים ממשלתיים ואחרים החלים ו/או יחולו עפ"י דין ישיר על המבטח בין אם בגין הפוליסה ובין אם לאו, ישולמו ע"י המבטח ללא זכות קיזוז מהמבוטח או מבעל הפוליסה. עוד יובהר כי לא יהיה בהוראות סעיף זה כדי לשלול מן המבטח זכות, תרופה או סעד כלפי המבוטח, להם יהיה זכאי לפי כל דין.

21. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

22. חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח התשמ"א- 1981 יחולו על פוליסה זו.

23. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. 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

מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

25. שונות

25.1 בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך.

25.2 המבטח ישלח למבוטח לפי דרישתו, העתק מההסכם שבינו לבין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

25.3 במקרה של סתירה בין הוראות פרק זה (תנאים כלליים) לבין הוראות כל פרק או נספח, או בין כל פרק או נספח אחד למשנהו, או אם תהיה אי בהירות לגבי הפירוש הנכון של הוראה כלשהי, יפורש הדבר לטובת המבוטח.

רובד "בריאות חובה"

פרק ד' –

השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)

1. מקרה הביטוח

- 1.1 **השתלות בארץ ובחו"ל**
מקרה הביטוח הינו ביצוע השתלה במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 **ניתוחים בחו"ל**
מקרה הביטוח הינו ביצוע ניתוח אשר המבוטח בחר לבצעו בחו"ל.
- 1.3 **טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל**
מקרה הביטוח הינו ביצוע טיפול רפואי מיוחד בחו"ל. לעניין פוליסה זו יוגדר "טיפול רפואי מיוחד" טיפול רפואי העונה על אחד מהתנאים הבאים:
 - 1.3.1 אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.
 - 1.3.2 אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 75% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.
 - 1.3.3 הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
 - 1.3.4 הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן או במחלות אוטואימוניות.
 - 1.3.5 הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית אחרת בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:
 - 1.3.5.1 הטיפול הרפואי אינו ניתן לביצוע בארץ.
 - 1.3.5.2 טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי בישראל.
 - 1.3.5.3 סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול בארץ.
 - 1.3.5.4 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בארץ מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.
- 1.4 מובהר ומוסכם כי הזכאות לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול הרפואי המיוחד על פי סעיף 1.1.5, תאושר על סמך הקריטריונים המצוינים ע"י רופא מטעם המבוטח, שהינו מומחה בר סמכא בתחומו בדרגת מנהל מחלקה בב"ח ציבורי בישראל.
- 1.5 **למרות האמור בסעיף 1 אשר בפרק ג' מובהר ומוסכם בזאת כי הזכאות לביצוע ההשתלה או הטיפול הרפואי המיוחד ו/או הניתוח בחו"ל כאמור בסעיף זה אינה מותנית באישור קופת חולים, השב"ן או כל מבטח אחר. כמו כן המבוטח יהיה רשאי אך לא חייב למצות את זכאותו לתגמולי ביטוח בביטוח המשלים בו הוא חבר.**

- 1.6 מובהר ומוסכם בזאת כי חבות המבטח לתשלום תגמולי ביטוח עפ"י סעיף זה מותנית בכך שהמבטח הודיע מראש למבטח על מקרה הביטוח, וקיבל את אישור המבטח לחבותו מראש. המבטח מתחייב להשיב למבטח תוך 14 יום ממועד קבלת ההודעה במשרדיו על מקרה הביטוח, ובתנאי שהוגשו לו כל המסמכים והאישורים לבירור חבותו.
- 1.7 הטיפול הרפואי המיוחד או ניתוח או ההשתלה יבוצעו ע"י מנתח בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ.
- 1.8 למען הסר ספק, מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הנו חלק מאותו מקרה ביטוח.
- 1.9 מובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין ביצוע השתלה בחו"ל, כפופה לתנאים הבאים:
- 1.9.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
- 1.9.2 מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח 2008.
- 1.9.3 מתקיימות הוראות תקנת הפיקוח מס' 1-1-2009.

2. סכום הביטוח

- 2.1 אם ההשתלה או הניתוח או הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל בוצעו בתאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא העלות עבור הוצאות אשפוז והטיפול הרפואי, ועבור ההוצאות הנלוות כמצוין בסעיף 3 להלן. לעניין סעיף זה "בתאום עם המבטח" - הודעה מראש למבטח על מקרה הביטוח, והתקשרות של המבטח עם נותן שירות בחו"ל, בין אם נותן השירות נמצא בהסדר עם המבטח ובין אם לאו, לצורך הסדרת התשלום לרבות מתן התחייבות כספית אשר תאפשר קבלת הטיפול במועד.
- 2.2 מובהר מעל לכל ספק כי חבות המבטח על פי ס"ק זה מותנית בכך שהמבטח הודיע מראש למבטח על מקרה הביטוח, כדי שיוכל להסדיר את התשלום עם ספק השירות. אם ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בוצעו שלא בתאום עם המבטח, יישא המבטח בעלויות עבור עלויות האשפוז וטיפול והוצאות נלוות כמצוין בסעיף 3 להלן, ועד הסכום המרבי כמפורט להלן:
- 2.2.1 סכום הביטוח המרבי עבור השתלת איבר, הוא 4,500,000 ₪.
- 2.2.2 סכום הביטוח המרבי עבור ניתוח או הטיפול הרפואי המיוחד הוא 800,000 ₪.
- 2.3 **מסלול פיצוי חד פעמי מיוחד במקרה של השתלה:**
- המבטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי המקנה פיצוי כספי במקרה של צורך בביצוע השתלה במפורט להלן:
- 2.3.1 לעניין סעיף זה מקרה הביטוח, המזכה בפיצוי הינו מצבו הרפואי של המבטח המחייב ביצוע השתלה על פי חו"ד של רופא מומחה מטעמו של המבטח.
- 2.3.2 המועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו נקבע לראשונה על פי אבחנה רפואית מתועדת כי מצבו של המבטח מחייב ביצוע השתלה.

- 2.3.3 המבטוח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪.
- 2.3.4 קבלת תגמולי ביטוח במסלול פיצוי מותנית בכך שהמבטוח נרשם במרכז הארצי להשתלות ופנה למבטוח לצורך תאום ההשתלה, וניתנה למבטוח האפשרות להסדיר את ההשתלה עם קופת החולים ו/או השב"ן או חיל רפואה, לפי העניין.
- 2.3.5 על אף האמור לעיל, פיצוי לפי סעיף קטן זה לא יחול על השתלת קרנית ועל השתלה עצמית של מח עצם.
- 2.3.6 למען הסר ספק, מובהר כי מבטוח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף קטן זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3 להלן, למעט גמלת החלמה לאחר השתלה כמפורט בסעיף 3.12 להלן.

3. תגמולי הביטוח

המבטוח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטוח בגין הוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בגין השתלה, ניתוח, או הטיפול הרפואי המיוחד, לפי העניין, עד לסכום הנקוב בסעיפים שלהלן, אם וככל שנקוב:

3.1 **הוצאות הערכה רפואית**
תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבטוח לפני ביצוע ההשתלה או הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.2 **הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה**
המבטוח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטוח בגין הוצאות לביצוע הפעולות הרפואיות הנדרשת לאיתור האיבר המושתל, קצירת האיבר המושתל, ו/או לביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המושתל, ובכלל זה שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי תקרת השיפוי עבור איתור מח עצם/תאי אב הינה 200,000 ₪.

3.3 **הוצאות טיפול רפואי והוצאות אשפוז**
המבטוח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטוח בגין תקופת אשפוז לרבות בגין התקופה שהחלה לפני ביצוע ההשתלה או הניתוח או הטיפול הרפואי המיוחד ותקופת האשפוז שאחריה, לרבות שכר צוות רפואי, הוצאות חדר ניתוח והצוות המנתח, בדיקות מעבדה ואבחון, טיפול תרופתי, אביזרים מושתלים, אביזרים רפואיים, טיפולי שיקום והשגחה שניתנו במהלך האשפוז, וכל הוצאה רפואית אחרת הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבטוח לצורך ו/או עקב הטיפול הרפואי, אף אם ניתנו במהלך האשפוז או בעת השהות בחו"ל שלא במהלך אשפוז, הכול בהתאם להוצאות בפועל.

3.4 **הוצאות הטסת המבטוח ומלווה**
המבטוח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטוח בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה למבטוח ולמלווה אחד, במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד. אם גיל המבטוח נמוך מ- 18 שנה ישלם המבטוח כרטיסי טיסה עבור מלווה נוסף. הכול בהתאם להוצאות בפועל.

3.5 **הוצאות הטסה רפואית**
המבטוח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטוח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבטוח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל. כמו כן המבטוח ישא בעלויות הכרוכות בהטסת רופא מלווה אם הדבר נדרש מבחינה רפואית.

3.6 הוצאות העברה יבשתית
המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד, משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח, בהתאם להוצאות בפועל.

3.7 הוצאות מגורים וכלכלה:
המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה או הניתוח או הטיפול הרפואי המיוחד לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של 900 ש"ח ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ- 18 שנה ונמצא מלווה נוסף תקרת הוצאה תהיה 1,200 ש"ח לכל יום. מובהר כי תקרת המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח.

3.8 המשך טיפול בחו"ל
עלות ההוצאות הנדרשות עבור המשך טיפול בחו"ל הנובע ישירות מהטיפול הרפואי בחו"ל ואינו ניתן לביצוע בארץ, יכללו במסגרת תקרת חבותו של המבטח.

3.9 המשך טיפול בישראל
המבטח ישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד הטיפול בחו"ל, עד לסכום של 100,000 ש"ח.

3.10 שירותי שיקום וסיוע ושירותים רפואיים לאחר השתלה, ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל

3.10.1 המבוטח יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו במהלך 24 חודשים לאחר ביצוע ההשתלה או הניתוח או הטיפול הרפואי המיוחד עבור כל השירותים המצוינים שלהלן:

3.10.1.1 שהייה במוסד החלמה ושיקום.

3.10.1.2 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום.

3.10.1.3 התעמלות שיקומית.

3.10.1.4 סיוע וטיפול סיעודי לאחר ביצוע ההשתלה או הניתוח או הטיפול הרפואי המיוחד.

3.10.2 המבטח ישפה את המבוטח עד לסכום מרבי של 160 ש"ח ליום החל מהיום ה- 15 לאחר מועד שחרורו מבית החולים, לתקופה מרבית בת 60 יום בה המבוטח נמצא במצב סיעודי. לעניין ס"ק זה יוגדר "מצב סיעודי":

אי יכולתו של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50%) של לפחות 2 מתוך 6 פעולות ה- A.D.L. כמפורט להלן:

לקום ו/או לשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.

להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.

לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה בעזרת קשית, ולא אכילה בעזרת קשית), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

לשלוט על סוגרים: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.

ניידות: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם ריתוק למיטה או לכסא גלגלים ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

מובהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח על פי ס"ק זה הינה בכפוף לביצוע הערכה תפקודית אשר יבוצע ע"י גורם מקצועי מוסמך מטעם המבוטח.

3.11 הוצאות הטסת גופה

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

3.12 הוצאות הבאת מומחה לישראל כתחליף לביצוע השתלה, ניתוח או טיפול מיוחד או בחו"ל

המבטח ישא בעלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי, לרבות הוצאות טיסה והשהות בארץ, עד 120,000 ש"ח לכל מקרה ביטוח. בנוסף ישא המבטח בכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה או הניתוח או הטיפול הרפואי המיוחד.

3.13 גמלה חודשית בגין פגיעה בהשתכרות לאחר ביצוע השתלה

לאחר ביצוע השתלה, המבוטח יהיה זכאי לשיפוי מיוחד נוסף בגין פגיעה בהשתכרותו בהתייחס לממוצע שכרו במהלך 12 חודשים שלפני קרות מקרה הביטוח, כדלקמן:

3.13.1 שיפוי בהתאם ליחס הפגיעה בהשתכרותו כפי שתוארה לעיל, ועד ל-7,000 ש"ח לחודש, לתקופה מרבית בת 24 חודש לאחר ביצוע השתלה (להלן גמלה חודשית).

3.13.2 למען הסר ספק, הגמלה החודשית תשולם למבוטח גם אם ההשתלה כאמור בפרק זה בוצעה בארץ, ובלבד שקיימת זכאות לביצוע עפ"י תנאי הפוליסה.

3.13.3 למרות האמור בסעיף 3.12.1 המבוטח יהיה זכאי לבקש מהמבטח הקדמת תשלומי הגמלאות בטרם בוצעה ההשתלה, בתנאי שהמבטח אישר זכאותו לביצוע השתלה עפ"י פוליסה זו, והייתה פגיעה בהשתכרותו של המבוטח עקב מצבו הרפואי. בכל מקרה, מספר הגמלאות לא יעלה על הנקוב בסעיף 3.12.1.

3.13.4 מובהר ומוצהר כי בכל מקרה (לדוגמה במקרה שהמבוטח אינו מועסק או במקרה שהפגיעה בהשתכרותו נמוכה), תשולם גמלה חודשית שלא

תפחת משכר המינימום נכון למועד זכאות הגמלה. מובהר כי סעיף זה לא יחול במקרה של השתלת מח עצם או תאי אב, ובמקרים אלה המבוטח יהיה זכאי לגמלה רק במקרה של פגיעה בהשתכרות.

3.14 הוצאות בגין תרומת איבר

3.14.1 תרם המבוטח בתקופת הביטוח איבר מגופו לצורך ביצוע השתלה, יהיה זכאי המבוטח התורם לשיפוי של עד 7,000 ₪ לחודש בגין פגיעה בהשתכרותו, למשך תקופה מרבית בת 24 חודשים מיום מתן התרומה.

3.14.2 בנוסף, יהיה זכאי המבוטח - תורם האיבר לשיפוי עבור הוצאות בגין שירותים רפואיים הנדרשים לאחר מתן תרומת האיבר וכתוצאה ישירה ממנה, עד לסכום של 120,000 ₪ וזאת מעבר ובנוסף לזכאותו על פי כל פרק בו הוא מבוטח על פי פוליסה זו. לעניין סעיף זה יוגדרו שירותים רפואיים: התייעצות עם רופאים מומחים, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח, בדיקות אבחון, טיפולים תרופתיים, טיפולים פיזיותרפיים ו/או שיקומיים ו/או כל טיפול אחר הנדרש עפ"י חו"ד של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

4. המבטח יהיה רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את ההוצאות הרפואיות, כולן או חלקן, ישירות למי שביצע בחו"ל את הטיפול הרפואי במבוטח, או לשלמן לידי המבוטח כנגד קבלות או אישורי תשלום עפ"י דרישת המבטח. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח מקדמות או התחייבות כספית שיאפשרו לו קבלת הטיפול הרפואי, ובלבד שזכאותו של המבוטח על פי חוזה הביטוח אינה שנויה במחלוקת.

5. פיצוי בגין ביצוע השתלה בישראל.

במקרה ובוצעה השתלה בישראל ועלות הוצאות ההשתלה כמפורט לעיל לא מוממנו במלואם או בחלקם על פי חוק הבריאות או קופת החולים בו חבר המבוטח או גורם אחר, יישא המבטח ביתרת עלות ההשתלה. אם ביצוע ההשתלה בישראל מומנה במלואה על פי חוק הבריאות הממלכתי או קופת החולים או ע"י גורם אחר, ישלם המבטח פיצוי בסך 1800 ₪ לכל יום אשפוז הקשור בהשתלה ונובע ממנו, החל מהיום שלפני ביצוע ההשתלה ולמשך תקופה רצופה שלא תעלה על 60 ימים.

6. הגבלה לחבות המבטח

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יכסה טיפולים ו/או ניתוחים הנחשבים לניסיוניים במדינה בה הם מבוצעים ו/או ניתוחים הדורשים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.

פרק ה' –

תרופות וטיפולים רפואיים

שאינם מכוסים בסל הבריאות

1. **מקרה הביטוח**
מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול תרופתי, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות אחת מאלה:

1.1 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות**
ל תרופה 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 (EMEA).

1.2 **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות**
כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה או איסלנד. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

1.3 **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 a.II
 - ב. חוזק הראיות (Strenght Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B.
 - ג. יעילות (Eficaccy) - נמצאת בקבוצה I או a.II.
4. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guidelin שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

א. NCCN

ב. ASCO

ג. NICE

ד. ESMO Minimal Recommendation

1.4 התרופה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח כ"תרופת יתום" עפ"י הקריטריונים שנהוגים ב- E.M.E.A או ה- F.D.A.

1.5 טיפול תרופתי מיוחד

1.5.1 תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים

1.5.1.1 תרופה שאושרה לשימוש כתכשיר לחולה בודד - תרופה שאינה כלולה בקריטריונים המצוינים 1.1-1.4 לעיל, שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד.

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

1.5.2 מובהר ומוצהר כי סכום הביטוח על פי סעיף 1.5.1.1 ו- 1.5.1.2 לא יעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 4 להלן.

2. לעניין פרק זה, מצב רפואי המחייב טיפול תרופתי

אבחנה ו/או חו"ד ו/או המלצה מתועדת מאת רופא מומחה מטעם המבטח, לפיה על המבוטח לקבל את הטיפול התרופתי.

3. מועד קרות מקרה הביטוח

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו נקבע לראשונה ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול התרופתי.

4. סכום הביטוח

4.1 הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה, ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה 4,000,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח.

4.2 סכום הביטוח המירבי עבור סעיף 1.5 לעיל יהיה בשיעור 20% מסכום הביטוח כאמור.

4.3 יובהר כי אם תבוטל הפוליסה אצל המבטח הנוכחי ו/או אם הפוליסה תתחדש אצל מבטח אחר, המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול.

5. השתתפות עצמית

- 5.1 המבוטח ישא בהשתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל מרשם. עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיו, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
- 5.2 ההשתתפות העצמית האמורה בסעיף 1.6.1 לעיל, תשולם עבור שני מרשמים לכל היותר, ועל התרופות הנוספות שעלותן מעל 250 ₪ יהיה פטור מהשתתפות עצמית.
- 5.3 אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 5,000 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

6. טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות

- 6.1 **מקרה הביטוח**
מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקה או טיפול רפואי בבית חולים ציבורי, על פי המלצת רופא מומחה, והמבוטח נדרש לשלם עבור הטיפול או הבדיקה מכיוון שאינם כלולים בסל הבריאות הממלכתי.
- 6.2 **סכום הביטוח**
המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% ועד 100,000 ₪ עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור.

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

- 7.1 **טיפולים או תרופות ניסיוניות.** מובהר כי תרופות המצוינות בסעיפים 1.1 ו- 1.5 לא יחשבו כניסיוניות על פי פרק זה.
- 7.2 **טיפולי שיניים, תרופות לטיפול באין אונות ולטיפולי שיניים.**
- 7.3 **טיפולים ברפואה משלימה חומרים לצורך טיפולים ברפואה משלימה, תוספות מזון וויטמינים.**
- 7.4 **טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת.**
- 7.5 **חיסונים לצורך מניעת מחלה.**

פרק ו' – הוצאות רפואיות מיוחדות

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

1. **מקרה הביטוח** גילוי אחד המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

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

א. **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.

ב. **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.

ג. **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 כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;

3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים I-7;

4. צהבת, מעמיקה;

5. אנצפלופטיה כבדית;

6. דמום בלתי נשלט;

7. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.

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

ה. **אנמיה אפלסטית (Aplastic Anemia)** - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

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

1. **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)** - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.

2. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת ניורולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.

3. **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת ניורולוג מומחה יותירו נזק ניורולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.

4. **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.

5. **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

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

6. **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.

7. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר ניורולוגי הנמשך לפחות שישה חודשים. 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.

8. **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, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

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

1. צהבת;

2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
4. אנצפלופטיה כבדית;
5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלניזם.
10. **מחלת ריאות כרונית (Chronic Lung Disease) - מחלת ריאות סופנית**
המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
1. נפח FEV1 של פחות מ- 1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה, ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה, או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
 2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.
10. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) -** עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפשטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.
11. **ניתוח גדול -** ניתוח לב (ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב תיקון החלפה אבי העורקים), ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה, או ניתוח אחר בגינו המבוטח אושפז בבית החולים לתקופה של 4 ימים או יותר, לאחר מועד ביצוע הניתוח.
12. **סוכרת נעורים מסוג ELLITUS - DIABETES** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילו המוחלה שטרם מלאו לו 18 שנה.
13. **סרטן (Cancer) -** נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחוזרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.
14. **עיוורון (Blindness) -** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
15. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) -** מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
16. **פגיעה מוחית (Brain Damage) -** פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
17. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis) -** שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

כד. **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 נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.

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

כו. **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.

כז. **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צבררוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו-בזילרית ו-TIA.

כח. **שיתוק (פרפליגיה, קוודריפליגיה) (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).

כט. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)** - נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוסח, שנגרמה באופן בלעדי על ידי עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.

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

לא. **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.

לב. **נכות צמיתה** - נכות צמיתה, עקב תאונה או מחלה שאינה מצוינת לעיל שאירעה או התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, בשיעור של לפחות 50% לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15). למרות האמור לעיל נכות זמנית לתקופה העולה על שנתיים או מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 3.10.2 אשר בפרק ד לתקופה העולה על 3 חודשים, תיחשב כנכות צמיתה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה. מובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, תחייב קביעה זו לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעה של אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).

הגדרה המחלות: סרטן, דלקת חיידקית 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".

3. סכום הביטוח

3.1 **בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה,** ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לטווח 50,000 ש"ח עבור הוצאות רפואיות כמפורט להלן, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. במקרה של גילוי או אבחון מחלת הסרטן סכום הביטוח המרבי יהיה 100,000 ש"ח.

במקרה של ביצוע ניתוח גדול והמבוטח אינו זכאי לשיפוי על פי אחד הסעיפים האחרים על פי פרק זה, סכום הביטוח המירבי יהיה 10,000 ש"ח.

3.2 מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה במקרה של מקרה ביטוח נוסף, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 3.1 לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.

3.3 **הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו -** כל טיפול או שירות רפואי לרבות ומבלי למצות עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שרותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז אותם המבוטח נדרש לשלם ישירות לבית החולים, שרותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים, מושתלים וחיצוניים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות והוצאות העברה באמבולנס לצורך קבלת הטיפולים.

4. **חריגים**
המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

5. **תום תקופת הביטוח**
מובהר בזאת כי תקופת הביטוח על פי פרק זה יסתיים, עבור כל אחד מהמבוטחים, במלאת לו 70 שנה.

תקופת האכשרה לפרק זה הינה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח, עבור מבוטחים שהצטרפו לאחר תק' ההצטרפות הנקובה בפרק תנאים כלליים.

פרק ז' –

בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים

1. בדיקות אבחון

- 1.1 מקרה הביטוח**
בדיקות רפואיות אבחוניות שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 תנאי לחבות המבטח**
חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית בכך שניתנה למבוטח המלצה מאת רופא שהבעיה הרפואית הנבדקת הינה בתחום מומחיותו.
- 1.3 השתתפות עצמית**
ההשתתפות העצמית של המבוטח הינה בשיעור של 20% מהעלות, או 150 ₪ לכל בדיקה, לפי הגבוה מביניהם.
- 1.4 חוות דעת נוספת**
מבוטח אשר עבר בדיקת אבחון, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו בשיעור 80% ועד ל- 800 ₪ עבור חוות דעת נוספת מאת רדילוג מומחה.
- 1.5 בדיקות סקר ורפואה מונעת**
בנוסף לאמור בסעיף 1.2, בתום שתי שנות ביטוח הראשונות, ומידי שתי שנות ביטוח יהיה זכאי מבוטח לשיפוי הוצאותיו בגין בדיקות סקר אשר יבוצעו במכון על פי בחירתו. המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בשיעור 30% מעלות בדיקות הסקר ולא פחות מ- 400 ₪. לכל סידרת בדיקות.
- יובהר כי בדיקות לצורך מניעת מחלות אשר הומלצו ע"י הרופא המטפל על פי מצבו הרפואי של המבוטח או גורמי הסיכון שלו או בהתבסס על פרוטוקול רפואי המקובל בקופת החולים או מומלץ ע"י משרד הבריאות, יכוסו על פי סעיף 1.3 לעיל.

1.6 חריגים

- 1.6.1 מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות לנשים בהריון ובדיקות גנטיות הקשורות בהריון.**
- 1.6.2 מובהר כי לא תכוסה בדיקה אבחונית אשר המבוטח קיבלת המלצה לעבור, טרם תחילת תקופת הביטוח.**

2. התייעצות עם רופא מומחה

- 2.1 מקרה הביטוח**
התייעצות המבוטח במהלך תקופת הביטוח עם רופא מומחה שהוכר כמומחה ע"י משרד הבריאות בישראל. יינתן כיסוי לייעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים) אצל רופא מומחה בכיר בלבד.

2.2 תגמולי הביטוח

- 2.2.1 אם ההתייעצות בוצעה ע"י רופא מומחה בכיר, המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מעלות ההתייעצות, או יתרת העלות (במקרה של מיצוי הזכאות בשב"ן), אך לא יותר מ- 800 ש"ח לכל התייעצות.
- 2.2.2 אם ההתייעצות בוצעה ע"י רופא מומחה אחר שאינו בכיר, המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 60% מעלות ההתייעצות, או יתרת העלות, אך לא יותר מ- 500 ש"ח לכל התייעצות.
- 2.2.3 המבוטח יהיה זכאי לעד חמש (5) התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.3 חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

3.1 מקרה הביטוח

התייעצות של המבוטח במהלך תקופת הביטוח עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי הנמצא בחו"ל, לאחר שניתנה חו"ד רפואית בישראל.

3.2 חבות המבטח

- 3.2.1 המבוטח יהיה זכאי לתשלום תגמולי ביטוח עבור קבלת חוות דעת רפואית נוספת ע"י רופאים מומחים בחו"ל, ממרכזים רפואיים המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים.
- 3.2.2 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
- 3.2.3 חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבלקשת חוות הדעת כאמור.

3.3 תגמולי הביטוח

- 3.3.1 המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות כאמור בשיעור של 80% מן הסכום אותו שילם המבוטח בפועל עבור ההתייעצויות, אך לא יותר מ- 1,200 \$ בכל תקופת הביטוח.
- 3.3.2 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 250 \$ לכל יום שהות עד 7 ימי שהות.

פרק ח' –

כתב שירות רופא ובדיקות בבית הלקוח

ומוקד מידע טלפוני וייעוץ רפואי

א. הגדרות

- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:
1. **”מנוי”** – כל מבטח הכלול בפוליסה זו.
 2. **”דמי מנוי”** – הסכומים אותם יש לשלם למבטח מדי חודש בגין כל מנוי כתנאי לקבלת שירותים על-פי כתב שירות זה.
 3. **”הספק”** – פמי פרימיום.
 4. **”מרפאות הסדר”** – מרפאות עמן התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 5. **”רופאי הסכם”** – רופאים בעלי רשיון מטעם הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לעסוק ברפואה, עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 6. **”מכוני הסדר”** – מכונים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 7. **”נותני השירות”** – מרפאות הסדר, מכוני הסדר ורופאי הסכם.
 8. **”מוקד השירות”** – קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. הקו יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים.
- מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: **03-5688502**.
- הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור המבטח, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למנויים.
 9. **”המועד הקובע”** – מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, על-פי רישומי המבטח. רישומי המבטח יהיו ראייה חלוטה לאמור בהם.
 10. **”השתתפות עצמית”** – סכומים בהם יחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים ע”פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים.

ב. היקף השירותים

1. רופא עד הבית.
2. שירות מוקד למידע טלפוני.

1. רופא עד הבית

- 1.1 המנוי יהיה זכאי לקבל טיפול רפואי, ע"י רופא עד הבית, 24 שעות ביממה.
- 1.2 המנוי יהא זכאי לקבל שרות רפואי כמפורט בסעיף 1.3 להלן ע"י רופא. השרות יינתן בביתו של הלקוח או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשרות בכפוף לסעיפים 1.4 ו- 1.7 להלן.
- 1.3 המנוי יהא זכאי לקבל שרות רפואי כמפורט להלן:
 - 1.3.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי החולה (להלן - "החולה") או מבני משפחתו.
 - 1.3.2 בדיקה גופנית של החולה לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, שפדלים, פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיוביפר, הכל כפי שידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
 - 1.3.3 קביעת אבחנה רפואית.
 - 1.3.4 קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.3.5 קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.3.6 הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/רופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.3.7 הפניית החולה לחדר מיון בבית החולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא. אם הומלץ ע"י הרופא לפנות את המבוסט לבית החולים באמבולנס יישא הספק במלוא עלות הפינוי.
 - 1.3.8 מתן תעודה רפואית.
- 1.4 רופא הספק יגיע לבית הלקוח עד שעתיים ממועד קבלת הבקשה לביקור רופא במוקד הספק.
- 1.5 אם נבצר ממוקד הספק לשלוח רופא תוך שעתיים אל הלקוח. יהיה הלקוח זכאי לקבל את השרות הרפואי אצל כל גורם אחר, לרבות ומבלי למצות שרותים אצל ספק אחר, מוקד רפואי או חדר מיון. הספק ישפה את הלקוח תוך 30 יום ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל, במקור בלבד, בניכוי דמי השתתפות עצמית הנקובה בסעיף 1.7 להלן.
- 1.6 הזכות לקבלת שרות רפואי ע"פ כתב שרות זה הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 1.7 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 20 ₪.

2. מוקד מידע ויעוץ רפואי

המנוי יהיה זכאי לקבל שירותי יעוץ רפואי טלפוני כמפורט להלן:

- 2.1 יעוץ רפואי ראשוני, 24 שעות ביממה, ע"י רופא כללי.

- 2.2 בהתאם לשיקול דעתו של הרופא ולהסכמתו של המנוי יתואם למנוי יעוץ טלפוני ע"י רופא מומחה בנושאים הבאים:
- 2.2.1 **שירותי מידע ברפואת ילדים** – מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים.
- 2.2.2 **שירותי מידע ברפואת משפחה** – מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה.
- 2.2.3 **שירותי מידע ברפואת נשים** – מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת נשים וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים.
- 2.2.4 **שירותי מידע ברפואה גריאטרית** – מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא מומחה ברפואה גריאטרית.
- 2.2.5 **שירותי ייעוץ טלפוני עם פסיכולוג** – מתן ייעוץ טלפוני באמצעות פסיכולוג, 24 שעות ביממה.
- 2.3 הייעוץ הטלפוני ע"י הרופא המומחה יתואם תוך 24 שעות ממועד ההפניה לייעוץ ע"י רופא מומחה מלבד הייעוץ הפסיכולוגי אשר יעשה תוך 4 שעות מרגע קבלת הפניה הטלפונית במוקד הספק.
- 2.4 מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם ינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים.
- 2.5 למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא תמנע שיחה טלפונית עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת נותן השירות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המנוי, יודיע זאת לפונה נותן השירות עצמו.
- 2.6 מובהר, כי שירותי יעוץ אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים אל פנים, בכל מקום שהיא דרושה.
- 2.7 מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי יעוץ על פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה למעט יום כיפור.

ג. אופן קבלת השירותים

1. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיג, שם המבטחת, וימסור כל מידע אחר שיידרש לשם ייעול מתן השירות.
2. רשימת נותני השירות תעודכן מעת לעת על ידי הספק.
3. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות לפי כתב שירות זה מתוך רשימה של נותני שירות כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו.
4. מוקד השירות יתאם את מתן השירות הרלוונטי בין המנוי לבין נותן השירות.
5. השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות של נותני השירות.

6. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
7. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות הרלוונטי.
8. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
9. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר.
10. לשם מתן השירות ימסור המנוי לספק ו/או למוקד השירות ו/או לנותן שירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שיידרש על ידי הספק ו/או מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין.
11. כל תשלום אשר המנוי זכאי לו מהספק לפי כתב שירות זה, ישולם למנוי תוך 30 יום ממועד מסירת חשבונית המקור לספק.
12. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה לספק.

ד. אחריות

1. האחריות בגין איכות השירותים הניתנים על-פי כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת תחול על הרופא/ המרפאה/ המכון, שנתן את השירותים למנוי והמבטחת והספק לא יהיו אחראים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
 - 1.1 איכות השירותים נשוא כתב שירות זה.
 - 1.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק, לגוף או לרכוש, או הפסד, אבדן או תוצאה אחרת מכל מין ו/או סוג שהוא שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים, אם בשל מעשה או בשל מחדל, אם נזק ישיר או נזק עקיף.
 - 1.3 הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה.
2. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, מובהר, למען הסר ספק, כי המבטח אינו המעסיק של הספק ו/או של נותני השירות ולא יהא אחראי כלפי מנוי או מאן דהוא אחר בגין מעשים ו/או מחדלים של הספק ו/או נותני השירות, בכל מקרה ובכל עניין לרבות אי מתן השירותים נשוא כתב שירות זה.

ה. תוקפו של כתב השירות

1. כתב שירות זה יהא בתוקף במשך תקופת תקפה של פוליסת הביטוח וכל עוד משולמים דמי המנוי.

2. בוטלה פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא או הסתיימה תקופת תקפה, יסתיים כתב שירות זה.
3. לא שולמו דמי מנוי במועדם ו/או במלואם, תהא המבטחת זכאית לבטל את כתב השירות, בהודעה מראש לבעל הפוליסה.
4. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין המבטחת לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית המבטחת להפסיק מתן השירותים על-פי כתב שירות זה, לאחר שהודיעה על כך בכתב לבעל הפוליסה.
5. בעל הפוליסה רשאי בכל עת לבטל את זכאותו של המנוי לשירותים על-פי כתב השירות בהודעה בכתב למבטחת, והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטחת או במועד הנקוב בהודעה, לפי המאוחר.
6. מובהר, כי במועד ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד השירות לקבלת השירות לפני ביטולו או סיום תקפו של כתב השירות אך טרם קיבל את השירות הפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת שירות נשוא כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלימו.

פרק ט' – לחיות בריא – שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים

א. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

1. **"מנוי"** - כל מבוטח הכלול בפוליסה זו
2. **"הספק"** - פמי פרימיום.
3. **"מרפאות הסדר"** - מרפאות עמן התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
4. **"רופאי הסכם"** - רופאים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
5. **"מכוני הסדר"** - מכונים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
6. **"מטפל"** - מטפל, הרשאי על פי דין ליתן את השירות הרלוונטי למבוטח, ואשר הספק התקשר עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
7. **"דיאטן"** - דיאטן קליני בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
8. **"תזונאי"** - תזונאי בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
9. **"קלינאי תקשורת"** - קלינאי תקשורת בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו למתן השירות למנוייה.
10. **"מאמן כושר גופני"** - מאמן בעל הסמכה רשמית ממכון וינגייט או סמינר הקיבוצים, אשר אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
11. **"נותני השירות"** - מרפאות הסדר, מכוני הסדר, רופאי הסכם, מטפל, דיאטן, תזונאי, קלינאי תקשורת ומאמן כושר גופני.
12. **"מוקד השירות"** - קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: **03-5688502**. על כל שינוי במספר הטלפון תימסר הודעה למנויים - בכתב או באמצעות מענה קולי במספר הטלפון הקודם של מוקד השירות שיודיע על מספר הטלפון החדש.
13. **"המועד הקובע"** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
14. **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים.

ב. היקף השירותים

המנויים יהיו זכאים לקבל את השירותים הבאים בהתאם למפורט בכתב השירות להלן:

1. יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה.
2. הרזיה רפואית.
3. גמילה מעישון.
4. הפגת מתחים.
5. מאמן אישי - טיפוח כושר גופני.
6. רשת מכוני כושר.

פירוט:

1. יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה

- 1.1 השירות כולל מתן ייעוץ דיאטטי ותזונה נכונה, תוך התאמת תפריט ותוכנית דיאטה אישית.
- 1.2 השירות ניתן ע"י דיאטן קליני או תזונאי, עפ"י בחירת המבוטח.
- 1.3 השירות כולל ייעוץ טלפוני ראשוני ע"י מבצע הטיפול, וסדרה בת 10 פגישות טיפוליות נוספות, לכל שנת ביטוח, משך כל פגישה כ- 45 דקות.
- 1.4 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.
- 1.5 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 95 ש"ח בעבור מפגש ראשוני, ו- 75 ש"ח בעבור 9 הפגישות הנוותרות.

2. הרזיה רפואית

- 2.1 השירות כולל מתן יעוץ רפואי להרזיה ושמירה על משקל הגוף לאורך זמן. במסגרת השירות יקבל המנוי ערכת טיפול אישי המכילה רשימת תוספי מזון, תפריט אישי ויעוץ לפעילויות משלימות (כגון ספורט).
- 2.2 השירות ניתן ע"י רופא מוסמך.
- 2.3 השירות כולל סדרה בת 12 פגישות טיפוליות, לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.
- 2.4 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 75 ש"ח בעבור מפגש ראשוני, ו- 150 ש"ח בעבור 11 הפגישות הנוותרות.

3. גמילה מעישון

- 3.1 השירות כולל מתן טיפול לגמילה מעישון בשיטת הדיקור הסיני ובשילוב צמחי מרפא על-פי הצורך.
- 3.2 השירות ניתן ע"י מטפל מוסמך.

- 3.3 השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.
- 3.4 השירות יינתן בקליניקה של המטפל.
- 3.5 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 135 ₪ בעבור מפגש ראשוני, ו- 95 ₪ בעבור 9 הפגישות הנותרות.

4. הפגת מתחים

- 4.1 השירות כולל מתן טיפול להפגת מתחים, באחד מן התחומים הבאים: שיאצו, רפלקסולוגיה, עיסוי רקמות, טווינא, שיטת אלכסנדר, יוגה, פלדנקרייז.
- 4.2 השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.
- 4.3 השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 50 דקות.
- 4.4 השירות ינתן בבית המבוטח.
- 4.5 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ בעבור 10 מפגשים, ו- 150 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

5. מאמן אישי – טיפוח כושר גופני

- 5.1 השירות כולל מתן שיעורי אימון כושר גופני ע"י מאמן אישי מוסמך תוך בניית תכנית אימונים אישית המותאמת למנוי, כולל חיטוב הגוף, חיזוק שרירים ושיפור סיבולת לב-ריאה.
- 5.2 השירות ניתן ע"י מאמן כושר מוסמך.
- 5.3 השירות כולל סדרה בת 10 אימונים עם מאמן כושר מוסמך לכל שנת ביטוח. משך כל אימון כ- 60 דקות.
- 5.4 השירות יינתן בבית המבוטח.
- 5.5 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ בעבור 10 מפגשים, ו- 125 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

6. רשת מכוני כושר

- 6.1 השירות כולל זכאות למנוי שנתי מוזל במכון כושר אשר התקשר בהסכם לעניין זה עם הספק.
- 6.2 רשימת מכוני הכושר המלאה והמעודכנת נמצאת במוקד השירות. הרשימה תתעדכן מעת לעת.
- 6.3 תינתן הנחה למנוי בגובה 25% ממחיר המחירון של נותן השירות ללקוח פרטי.

ג. אופן קבלת השירותים

1. נזקק ממני לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, שם החברה, וימסור כל מידע אחר שיידרש לשם ייעול מתן השירות.
2. מוקד השירות יתאם את מתן השירות הרלוונטי בין המנוי לבין נותן השירות.
3. השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות של נותני השירות.
4. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים.
5. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
6. במקרה שממני יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות הרלוונטי.
7. בעת פניה למרפאה, על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
8. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
9. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד.
10. כל תשלום אשר המנוי זכאי לקבל מהספק לפי כתב שירות זה, ישולם למנוי תוך 30 יום ממועד מסירת חשבונית המקור לספק.
11. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה לספק.
12. תשלום השתתפות עצמית מהווה תנאי לקבלת השירות שלגביו נדרש תשלומה כאמור בפרק ב' לעיל. לא תשלום השתתפות עצמית כאמור - רשאי הספק שלא ליתן את השירות שלגביו נדרש תשלומה כאמור.

ד. אחריות

1. למבטח לא תהא כל אחריות בקשר עם התחייבויותיהם וחובותיהם של הספק, נותני השירות ורופאים, מרפאות ומכונים שהינם נותני השירות, כלפי המנויים, לרבות טיב השירותים, תאום השירותים, ולרבות חובתו של הספק לשפות את המנויים בגין השירותים שקיבלו שלא באמצעות נותני השירות, והמנויים מוותרים על כל טענה, דרישה ותביעה נגד החברה בקשר עם התחייבויותיהם וחובותיהם של הספק, נותני השירות, ורופאים, מרפאות ומכונים שהינם נותני השירות.
2. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, מובהר כי המבטח אינטו מעסיק של הספק ו/או של נותני השירות ו/או של רופאים, מרפאות ומכונים שאינם נותני השירות, והיא לא תהא אחראית כלפי כל מאן דהוא, לרבות המנויים, בגין כל נזק, הפסד,

אבדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שיגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בין במישרין ובין בעקיפין, בקשר לשירותים, לרבות בגין אי מתן שירותים, לרבות בגין מעשה או מחדל של הספק, נותני השירות ורופאים, מרפאות ומכונים שאינם נותני השירות.

3. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה והספק לא יהיו אחראים באופן כלשהו לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

3.1 איכות הבדיקות, ההתייעצויות והפרוצדורות הרפואיות נשוא כתב שירות זה.

3.2 כל נזק, הפסד, אבדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שיגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בקשר עם הבדיקות, ההתייעצויות והפרוצדורות הרפואיות נשוא כתב השירות, בין במישרין ובין בעקיפין, בגין מעשה או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או אחרת של נותני השירות ו/או של רופאים, מרפאות ומכונים שאינם נותני השירות.

3.3 הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

1. תוקפו של כתב השירות

1. כתב שירות זה יהא בתוקף במשך תקופת תקפה של פוליסת הביטוח וכל עוד משולמים דמי המנוי.

2. בוטלה פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא או הסתיימה תקופת תקפה, יסתיים כתב שירות זה.

3. לא שולמו דמי מנוי במועד ו/או במלואם, תהא המבטחת זכאית לבטל את כתב השירות, בהודעה מראש לבעל הפוליסה.

4. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין המבטחת לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית המבטחת להפסיק מתן השירותים על-פי כתב שירות זה, לאחר שהודיעה על כך בכתב לבעל הפוליסה.

5. בעל הפוליסה רשאי בכל עת לבטל את זכאותו של המנוי לשירותים על-פי כתב השירות בהודעה בכתב למבטחת, והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטחת או במועד הנקוב בהודעה, לפי המאוחר.

6. מובהר, כי במועד ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד השירות לקבלת השירות לפני ביטולו או סיום תקפו של כתב השירות אך טרם קיבל את השירות הפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת שירות נשוא כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השליו.

פרק י' – ניתוחים

מובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח על פי פרק זה הינה לאחר מיצוי זכאותו (שיפוי, פיצוי, הנחה או השתתפות) של המבוטח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר.

1. **מקרה הביטוח**
מקרה הביטוח: ביצוע ניתוח במהלך תקופת הביטוח.
2. **סכום הביטוח ותגמולי הביטוח**
 - 2.1 המבטח ישלם ישירות לנותן שירות שבהסכם את מלוא העלות עבור שירותי ניתוח ואשפוז ושירותים נלווים המפורטים להלן, בגין ניתוחים המבוצעים בישראל.
 - 2.2 עלות שירותי ניתוח ואשפוז ושירותים נלווים לכל מקרה ביטוח:
 - 2.2.1 **עלות התייעצות מוקדמת** אחת לפני הניתוח עם המנתח אשר מבצע את הניתוח, ועם הרופא המרדים, ושתי התייעצויות נוספות לאחר הניתוח.
 - 2.2.2 **עלות חוות דעת נוספת** לפני ניתוח אצל מנתח אחר ועד 1,200 ש"ח להתייעצות, וזאת מבלי לגרוע מזכות המבוטח עפ"י ס"ק 2.2.1 לעיל.
 - 2.2.3 אם כתוצאה מאחת ההתייעצויות כמפורט בסעיף זה, הוחלט שלא לבצע את הניתוח, או לעכב את ביצועו של הניתוח, יוחזרו למבוטח ההוצאות שהוציא בגין ההתייעצויות, ולא יותר מהסכומים הנקובים לעיל בגין כל התייעצות.
 - 2.2.4 **שכר מנתח פרטי.**
 - 2.2.5 **שכר רופא מרדים.**
 - 2.2.6 **הוצאות חדר ניתוח** לרבות עבור שימוש בחדר ניתוח, עלות הצוות רפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע ניתוח, אביזרים או רכיבים שנעשו בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ו/או תוך כדי ביצוע ניתוח, על פי חיוב של בית החולים.
 - 2.2.7 **הוצאות אשפוז בבית חולים** - לרבות כל הוצאה הקשורה במישרין לטיפול הרפואי הניתן באמצעות בית החולים למבוטח במהלך האשפוז ו/או הניתוח, לרבות בדיקות מעבדה ואבחון, טיפול תרופתי וטיפול פיזיותרפי.
 - 2.2.8 **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית.**
 - 2.2.9 **עלות חוות דעת שנייה** בגין בדיקה פתולוגית.
 - 2.2.10 **עלות אביזר מושתל** שיפוי בסכום ההוצאה בפועל עבור השתל.
 - 2.2.11 **הוצאות בגין בדיקות מעבדה אבחון והדמיה** הנדרשות לצורך ביצוע הניתוח. מובהר בזאת כי המבוטח יהיה זכאי לתגמולי הביטוח אף אם

הניתוח לא בוצע, בתנאי שהבדיקות בוצעו על פי הוראת הרופא המנתח, ובטרם ביצוע הבדיקות נקבע מועד לביצוע הניתוח.

2.2.12 **בדיקות אבחון ו/או הדמיה וטיפול תרופתי במהלך הניתוח** המבטח ישא במלוא העלות עבור בדיקות אבחון והדמיה וטיפול תרופתי שבוצעו במהלך הניתוח.

2.2.13 **שכר אח/אחות פרטית** או שירותי שמירה וסיוע בעת שהותו של המבוטח בביה"ח, ועד 550 ש"ח לכל יום אשפוז לאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז. בנוסף ישתתף המבוטח בעלות שרותי אח/אחות מוסמכת לטיפול במבוטח בביתו בשיעור 80% ועד 200 ש"ח לכל טיפול לתקופה מרבית של 30 ימים שתחילתם במועד השחרור מבית החולים.

2.2.14 **עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל** לצורך העברתו של המבוטח לבית החולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.

2.3 בגין ניתוחים המבוצעים בישראל על ידי נותן שירות שאינו בהסכם, תהיה תקרת שיפוי עבור שירותי ניתוח ואשפוז המפורטים לעיל בסכום שהמבוטח שילם בפועל.

2.3.1 למרות האמור לעיל, בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח ו/או מרדים שאינו בהסכם, תקרת השיפוי עבור שכרם תהיה לפי הסכום המרבי שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל המבטח, או לפי העלות המרבית המשולמת בגין אותו ניתוח המבוצע ע"י פרופסור / מנהל מחלקה, עפ"י תעריף שר"פ הדסה המוצע לציבור הרחב (שלא במסגרת הסכם עם המבטח), לפי הגבוה מביניהם, אך לא יותר מהסכום ששילם המבוטח בפועל.

2.3.2 מובהר בזאת כי לעניין חישוב תגמולי הביטוח כאמור בס"ק 2.3.1 עבור ניתוח או טכניקה כירורגית שאינם נכללים בתעריף שר"פ הדסה מסיבה כלשהי, תקרת השיפוי עבור שכר מנתח תהיה בסכום עלות ניתוח או פרוצדורה כירורגית מקבילה, עפ"י התעריף כאמור, שמטרתה ריפוי או אבחון מחלתו הספציפית של המבוטח, או לפי הסכום המרבי שהיה **משולם לאותו ניתוח** כנהוג באותה עת אצל המבטח, לפי הגבוה מביניהם.

3. **ביצוע ניתוח בבית חולים ציבורי או בבית חולים פרטי ללא השתתפות המבטח**

3.1 בחר המבוטח לבצע ניתוח אלקטיבי או השתלה בבית חולים ציבורי או במסלול הציבורי המופעל בבית חולים פרטי, או בבית חולים פרטי, מבלי לתבוע מן המבטח שיפוי לפי סעיף 2.2.4 - 2.2.7 לעיל, ישלם המבטח למבוטח פיצוי של 400 ש"ח ליום עבור היום הראשון עד היום השלישי. במקרה בו המבוטח היה מאושפז למעלה משלושה ימים, הפיצוי יהיה בגובה 900 ש"ח, החל מהיום הראשון, לכל יום אשפוז הקשור בניתוח ונובע ממנו, החל מיום ביצוע הניתוח ולמשך תקופה שלא תעלה על 21 ימים.

3.2 במקרה ובוצע ניתוח שאינו אלקטיבי (דחוף), ישלם המבטח למבוטח פיצוי בסך 250 ש"ח לכל יום אשפוז הקשור בניתוח ונובע ממנו, החל מיום שלאחר ביצוע הניתוח ולמשך תקופה שלא תעלה על 21 ימים.

- 3.3 על אף האמור בפרק הוראות ותנאים כלליים, המבוטח לא ימציא למבטח במקרה זה קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום ההוצאות.
- 3.4 מובהר כי המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור שירותים נלווים כאמור בסעיפים 2.2.1, 2.2.2, 2.2.8, 2.2.9 - 2.2.14 לעיל, ועבור שירותים רפואיים ו/או תגמולי ביטוח נוספים להם זכאי המבוטח לאחר ניתוח כאמור בסעיף 6 להלן.
- 3.5 מובהר כי חבות המבטח לגבי ניתוח המבוצע בבית חולים לא תעלה על 50% מתקרת החבות המרבית של המבטח אילו בוצע הניתוח ע"י ספק שירות שבהסכם.

4. פיצוי במקרה של ביצוע ניתוח על פי הסכמי השב"ן

- 4.1 בחר המבוטח לבצע ניתוח בבית חולים במסגרת פרטית על פי הסכמי השב"ן, והמבוטח נדרש לשלם רק השתתפות עצמית כנהוג בהסדרי השב"ן לאותו סוג ניתוח, ישא המבטח בהשתתפות העצמית כאמור, ובנוסף יפצה את המבוטח בשיעור 100% מההשתתפות העצמית (סה"כ בשיעור 200% מההשתתפות העצמית).
- 4.2 מובהר כי סכום ההשתתפות העצמית והפיצוי כאמור, יחדיו, לא יעלו על 50% מתקרת החבות המרבית של המבטח אילו בוצע הניתוח ע"י ספק שירות שבהסכם.

5. ניתוחי חניכיים וטיפול שיניים כירורגיים

- המבטח יישא בעלות ניתוחי חניכיים, וניתוחים/טיפולים כירורגיים המבוצעים במרפאת רופא מומחה כירורג פה ולסת או פריודנט מומחה.
- אם הטיפול יבוצע ע"י מומחה אשר בהסכם עם המבטח יישא המבטח במלוא עלות הטיפול.
- אם הטיפול מבוצע ע"י מומחה אשר אינו בהסכם עם המבטח ישתתף המבטח בשיעור 80% מעלות הטיפול ועד 10,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.
- יובהר כי על פי פרק זה לא יכוסו טיפולים שיקומיים כלשהם לרבות ומבלי למצות התקנת שתלים, כתרים, גשרים, תותבות או כל טיפול שיניים משמר או מניעתי. יובהר כי על פי פרק זה יכוסו ניתוחי ישור לסתות וטיפול שיניים כהכנה לביצוע ניתוח זה או הנדרשים לאחר הניתוח. (כגון טיפולי ישור שיניים).**

6. ההגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה

6. בנוסף לחריגים הכלליים אשר בפרק ב', המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:
- 6.1 הניתוח נועד למטרה אסטטית או קוסמטית, ללא אינדיקציה רפואית מובהקת, כולל ניתוח לתיקון קוצר ראייה, קיצור מעיים או קיבה שנועדו למטרה אסתטית או קוסמטית ללא אינדיקציה רפואית מובהקת כאמור, ולמעט ניתוחים שבוצעו כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תק' הביטוח או כתוצאה מניתוח המכוסה בביטוח זה, כגון: שיקום שד לאחר ניתוח כריתת שד, ושיקום פנים לאחר ניתוחים ו/או מקרי טראומה.
- 6.2 ניתוחים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים הדורשים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.
- 6.3 בדיקות מעבדה, צילומים תוך גופיים, אולטראסאונד, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח.

6.4 זריקה או הזלפות למעט אם בוצעו בחדר ניתוח ו/או תחת הדמיה ו/או תחת הרדמה מקומית או מלאה. כמו כן תכוסה ביופסיה, זריקה לאזור האפידורלי, זריקה למפרק הברך וזריקה לחלל העין.

6.5 טיפול היפותרמי.

6.6 בדיקה/ות ופעילות הדמיה, כגון: CT, ו-MRI כאשר אלה אינם לצורך הניתוח או חלק ממהלך הניתוח. למען הסר ספק, בדיקות ופעולות הדמיה כאמור אשר בוצעו במהלך האשפוז בו בוצע הניתוח, ו/או אשר נדרשים לצורך ביצוע הניתוח, יכוסו על פי פרק זה באופן מלא.

6.7 לא יכוסו טיפולי שיניים, למעט האמור בסעיף 5 לעיל.

6.8 בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה. לא ישולם על פי ביטוח זה שכר מיילדת, לא ישולם שכר מנתח, ולא ישולם פיצוי בגין ימי אשפוז במקרה של לידה. על אף האמור לעיל, המבטח יכסה ניתוח הקשור בסיבוכי הריון, הריון מחוץ לרחם, בהפלה או כשל הריון. כמו כן המבטח יכסה ניתוח קיסרי אשר בוצע ביולדת מסיבות רפואיות ו/או עפ"י חו"ד של רופא מומחה.

7. שירותים רפואיים נוספים לאחר ניתוח

7.1 החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח

בוצעו במבטח ניתוח ליבר פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה או ניתוח אחר אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגינו אושפז לתקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי בשיעור 80% מההוצאה בפועל, ועד לסך של 750 ₪ לכל יום החלמה, ולתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה (14) 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.

7.2 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום

לאחר ביצוע ניתוח יהיה זכאי המבוטח לשיפוי הוצאותיו בגין טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, בכפוף לתנאים כמפורט להלן:

7.2.1 הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

7.2.2 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מעלות כל טיפול, אך לא יותר מ- 144 ₪ לטיפול.

7.2.3 השיפוי יינתן בעבור לא יותר מ- 20 טיפולים אשר יבוצעו לאחר ובסמוך לביצוע הניתוח.

7.3 התעמלות שיקומית

7.3.1 המבוטח יהיה זכאי לשיפוי עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח.

7.3.2 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל ועד לסכום מרבי של 180 ₪ לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד ביצוע הניתוח.

7.4 סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח

בוצע במבוטח ניתוח במהלך תקופת הביטוח, והמבוטח זקוק לסיוע בביצוע אחד מפעולות ה-A.D.L המנויות בחוזר המפקח, על פי הערכה תפקודית שבוצעה ביום השחרור מבית החולים או בבית המבוטח ע"י גורם מוסמך מקופת החולים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% ועד 1,000 ש"ח לשבוע עבור שרותי סיוע או טיפול סיעודי. הזכאות לתגמולי ביטוח הינה ממועד השחרור מבית החולים ולתקופה מרבית בת 6 שבועות.

8. טיפול חלופי לניתוח

מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, והמבוטח בחר לקבל טיפול חלופי לניתוח במהלך תקופת הביטוח, בכפוף לתנאים המצטברים כמפורט להלן:

8.1 ישנה המלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי על ביצוע טיפול רפואי כתחליף או כמניעה לביצוע ניתוח.

8.2 הטיפול החלופי יבוצע באישור ותיאום מראש ובכתב של המבטח.

8.3 המבטח ישא בעלויות הכרוכות בביצוע הטיפול או סדרת טיפולים חלופיים, לרבות שכר מבצע הטיפול, הוצאות חדר ניתוח/טיפול, הוצאות אשפוז וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול, כמפורט להלן:

8.3.1 בוצע הטיפול ע"י ספק שירות הנמצא בהסדר עם המבטח לגבי אותו טיפול, המבטח ישא במלוא עלות הטיפול.

8.3.2 בוצע הטיפול באמצעות ספק שירות שאינו בהסדר עם המבטח, ישא המבטח במלוא העלות אך לא יותר מהסכום המרבי שהיה משולם ע"י המבטח עבור אותו טיפול או סדרת טיפולים לספק שירות אשר בהסכם איתו.

8.3.3 בהעדר הסכם עם ספק שירות לגבי טיפול מסוים, ישא המבטח במלוא עלות הטיפול ועד לסך 150% מהעלות המרבית המשולמת לנותן שירות שבהסכם עבור ניתוח (שירותי ניתוח ואשפוז) אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע בישראל.

9. ההגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה בנוסף לחריגים הכלליים אשר בפרק ב', המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:

9.1 טיפולים במסגרת רפואה משלימה.

9.2 טיפול תרופתי, תרופה הומאופטית, ויטמינים תוספי מזון.

9.3 הקרנות, טיפולים כימותרפיים.

9.4 טיפולים ניסיוניים.

10. הסדר עזרה וסיוע

10.1 המבטח יפעיל מערך הסדר עזרה וסיוע למבוטחים ומשפחותיהם מהקירבה הראשונה (אף אם אינם כלולים בביטוח זה) לצורך קבלת שירותים רפואיים, כל זאת מבלי לפגוע בזכויות המבוטחים על פי פוליסה זו.

10.2 היקף הסיוע והעזרה

10.2.1 המבטח יסייע במציאת ספקי שירות רפואיים מתאימים הנמצאים בהסדר עם המבטח.

10.2.2 המבוטח יהיה זכאי לקבל את השירותים הרפואיים במחירים מיוחדים בכפוף להסכמים שיש למבטח עם אותו ספק שירות.

10.2.3 המבטח ישלם ישירות לנותן השירות האמור את התשלום כנגד התחייבות מצד המבוטח להסדרת התשלומים.

רובד רשות

פרק יא' –

שירותים רפואיים נוספים

מובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח על פי פרק זה הינה לאחר מיצוי זכאותו (שיפוי, פיצוי, הנחה או השתתפות) של המבוטח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר.

1. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי

מקרה הביטוח:

טיפול ברפואה משלימה אשר בוצע במבוטח במהלך תקופת הביטוח.

1.1 המבטח ישפה את המבוטח בגין יעוץ דיאטטי ובגין שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן:

1.1.1 הומיאופטיה.

1.1.2 אוקופונקטורה.

1.1.3 כירופרקטיקה.

1.1.4 אוסטיאופטיה.

1.1.5 רפלקסולוגיה.

1.1.6 שיאצו.

1.1.7 ייעוץ דיאטטי.

1.1.8 שיטת פלדנקרייז.

1.1.9 ביו-פידיבק.

1.1.10 נטרופתיה.

1.1.11 הרבולוגיה.

1.1.12 שיטת פאולה.

1.1.13 שיטת אלכסנדר.

1.1.14 טיפולים שלא נמנו ברשימה לעיל, ובתנאי שמבוצעים במכונים של קופות החולים.

1.2 תגמולי ביטוח

1.2.1 **אם בוצע הטיפול במכון של קופת חולים**, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית, סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל, ועד ל- 108 ₪ לטיפול או התייעצות שבוצעו

במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.

1.2.2 אם בוצע הטיפול אצל מטפל או מכון שאינו קשור לקופת חולים, סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בשיעור 60% מההוצאה בפועל, ועד ל- 108 ש"ח לטיפול או התייעצות שבוצעו במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.

1.3 קבלת שירותי הרפואה המשלימה כפופה לאישור על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול, מאת רופא שהבעיה בתחום מומחיותו.

1.4 חריגים	1.4
1.4.1 לא ינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל, ו/או התחייבות לנותן שירות לטיפולים עתידיים.	
1.4.2 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:	
1.4.2.1 היפנוזה, היפנוטרפיה.	
1.4.2.2 טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזיה שאינה צורך רפואי ברור ועל פי המלצה רפואית.	
1.4.2.3 טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו'). סייג זה לא יחול על מבוטח שטרם מלאו לו 21 שנים בעת מקרה הביטוח.	
1.4.2.4 טיפולים ו/או ייעוץ שאינם כלולים בסעיף 3.1.	
1.4.2.5 הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.	
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.	

2. אביזרים רפואיים

2.1 מקרה הביטוח

רכישת אביזר רפואי במהלך תקופת הביטוח.

2.2 תגמולי ביטוח

2.2.1 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 60% מהוצאותיו בפועל, ועד לתקרה של 4,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח, בגין רכישת אביזרים רפואיים.

2.2.2 בנוסף לאמור לעיל, אם בוצע ניתוח במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי המבוטח, במהלך 3 חודשים לאחר ביצוע הניתוח, להחזר של 80% ועד לתקרה של 8,000 ש"ח עבור רכישת אביזרים רפואיים הנדרשים כתוצאה מביצוע הניתוח.

2.3 רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה, וקבלת אישור מראש של המבטח.

2.4 חריגים

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

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

2.4.3 לא יכוסה נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים במחלה ראוטית או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.

2.5 מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם. תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3. יעוץ פסיכולוגי

3.1 **מקרה הביטוח:**
יעוץ ו/טיפול פסיכולוגי שניתנו למבוטח ע"י רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי מורשה במהלך תקופת הביטוח.

3.2 **תגמולי ביטוח:**
המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 60% מעלות הטיפול ועד 220 ₪ לכל טיפול, ועד 12 טיפולים לכל שנת ביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4. מנוי למשדר קרדילוגי

4.1 **מקרה הביטוח:**
קבלת שרות למשדר קרדילוגי עקב אירוע רפואי כמפורט להלן שאירע או בחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח.

4.2 **תגמולי ביטוח**
המבטח ישפה את המבוטח עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדילוגי בשיעור 80% מהוצאות בפועל, ועד לסכום של 160 ₪ לחודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.

4.3 **זכאות**
הזכאות לפי סעיף זה מותנית בכך שמצבו הבריאותי של המבוטח המחייב שימוש בשירותי מנוי למשדר קרדילוגי הינו אחד מאלה:

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

- ב. אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב.
ג. המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו.

5. שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח)

- 5.1 **מקרה הביטוח:**
אשפוזו של מבוטח בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה (לא ניתוח) בבית חולים, במהלך תקופת הביטוח.
- 5.2 **תגמולי ביטוח:**
- 5.2.1 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% ועד 320 ש"ח לכל יום, עבור שירותי אחות לשמירה ו/או טיפול, במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים בישראל מחמת מחלה או תאונה (לא ניתוח), החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולמשך תקופה מרבית בת 14 ימים.
- 5.2.2 בנוסף לאמור בסעיף 5.2.1, יהיה זכאי מבוטח לפיצוי בגין כל יום אשפוז כמפורט להלן:
- 5.2.2.1 מבוטח שגילו בעת מקרה הביטוח מעל 18 שנה, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 100 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית בת 10 ימים.
- 5.2.2.2 מבוטח שגילו בעת קרות מקרה הביטוח מתחת ל- 18 שנים, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 200 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית בת 10 ימים.
- 5.3 מבוטח יהיה זכאי לפיצוי כאמור בפרק זה בגין תקופת אשפוז אחת במהלך כל שנת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

6. טיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח)

- 6.1 **טיפולי שיקומי שלא לאחר ניתוח:**
- 6.1.1 **מקרה הביטוח**
טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל, על פי הוראת רופא שהבעיה בתחום מומחיותו.
- 6.1.2 **תגמולי ביטוח**
המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים פיזיותרפיים ו/או שיקומיים, בשיעור של 80% מעלות כל טיפול אך לא יותר מ- 120 ש"ח לכל לטיפול, ועד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח.

6.2 שיקום דיבור:

6.2.1 מקרה הביטוח
טיפול לשיקום הדיבור עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור בעקבות אירוע מוחי (C.V.A), ניתוח, מחלה או תאונה שאירעו במהלך תקופת הביטוח.

6.2.2 תגמולי ביטוח
המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא בפועל עבור קבלת טיפולים לשיקום הדיבור, ולא יותר מסך מרבי של 120 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

6.3 התעמלות שיקומית:

6.3.1 מקרה הביטוח
התעמלות שיקומית, לאחר אירוע רפואי המצוין להלן, שאירע במהלך תקופת הביטוח, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

6.3.2 תגמולי ביטוח
המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל, ועד לסכום מרבי של 180 ₪ לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

7. כיסוי מיוחד לילדים

7.1 פיצוי בגין היעדרות מלימודים

7.1.1 מקרה הביטוח:
היעדרות מבוטח שגילו נמוך מ- 21 מלימודיו בבית ספר, כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

7.1.2 תגמולי ביטוח:
המבוטח יהיה זכאי בקרות מקרה הביטוח לפיצוי בסך 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

תקופת אכשרה לסעיף זה – 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

7.2 בעיות הרטבה לילדים

7.2.1 מקרה הביטוח:
טיפול בבעיות הרטבה שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח.

7.2.2 תגמולי ביטוח:
המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מההוצאה בפועל, ועד לסכום מרבי של 500 ₪, לטיפול למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5. הזכאות לעד 3 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

7.3 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקויי למידה

7.3.1 מקרה הביטוח:
אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקויי למידה שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

7.3.2 זכאות
מבוטח שגילו 3 עד 16 שנים יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA.

7.3.3 תגמולי ביטוח
המבטח ישפה את המבוטח בגין אבחון כאמור בשיעור של 60% מהסכום אותו שילם המבוטח בפועל, ועד לשיפוי מרבי בסך 1,200 ש"ח. לכל תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח זה.

7.4 טיפול בבעיות התפתחות בילדים

7.4.1 מקרה הביטוח:
טיפולים שניתנו למבוטח במהלך תקופת הביטוח בגין בעיות בהתפתחות הילד ו/או ליקוי למידה, שאובחנו במבוטח במהלך תקופת הביטוח.

7.4.2 זכאות
מבוטח מגיל 3 ועד גיל 16 יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפול בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה, אשר אובחנו לראשונה במהלך תקופת הביטוח, והמחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או באמצעות שיטת ריפוי אחרת.

7.4.3 תגמולי ביטוח
המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות ההתפתחות כאמור בשיעור של עד 60% מעלות הטיפול, אך לא יותר מ- 120 ש"ח לטיפול ולא יותר מ- 30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת הביטוח.

8. בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות

8.1 בדיקות לנשים בהריון

8.1.1 מקרה הביטוח:
בדיקות לנשים בהריון המבוצעות במהלך תקופת הביטוח, כמפורט להלן.

8.1.2 זכאות
המבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח עבור בדיקות לנשים בהריון כמפורט להלן:
בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת, בדיקת שקיפות עורפית.
בדיקת אקו לב של העובר.
בדיקת מי שפיר או סיסי שיליה.

בדיקת חלבון עוברי.
בדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18.
ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההיריון עפ"י המלצת רופא מומחה.

8.1.3 תגמולי ביטוח
המבטח ישפה את המבוטחת בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ- 4,000 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,000 ש"ח לכל הריון.

8.2 בדיקות גנטיות
בנוסף לאמור בסעיף 8.1 לעיל, ישפה המבטח את המבוטח/ת בשיעור 80% ועד 1,200 ש"ח עבור ביצוע בדיקות גנטיות לשלילת מומים מולדים, במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות. הזכאות הינה לפעם אחת בתקופת הביטוח.

8.3 טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

8.3.1 מקרה הביטוח
טיפול רפואי המבוצע לצורך הפריה ו/או פרייון במהלך תקופת הביטוח.

8.3.2 תגמולי ביטוח
מבוטח/ת שביצע/ה טיפולי פוריות ו/או הפריה במהלך תקופת הביטוח, תהיה זכאית לקבלת שיפוי מהמבטח בשיעור 80% מההוצאה ששולמה בפועל, ועד לתקרה של 10,000 ש"ח לכל לידה (מובהר כי מבטח/ת תהיה זכאית לתגמולי ביטוח ללא תלות במספר הילדים שנולדו במהלך הלידה).

8.3.3 בנוסף, עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו במבוטחת בחו"ל, עבור הולדת ילדה הראשון או השני - המבטח ישפה את המבוטחת בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 20,000 ש"ח. המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.

8.4 מעקב הריון

8.4.1 מקרה הביטוח:
ביקור אצל רופא מומחה במהלך תקופת הביטוח לצורך מעקב הריון.

8.4.2 מבוטחת תהיה זכאית לקבלת שיפוי מהמבטח עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, בשיעור 80% מההוצאה בפועל, ועד 320 ש"ח לכל ביקור, ועד 2 ביקורים במהלך כל הריון.

8.5 שמירת הריון באשפוז
בנוסף לאמור בסעיף 7 לעיל, מבוטחת אשר אושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי של 100 ש"ח לכל יום אשפוז החל מהיום ה-14 לאשפוז. בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה על 5,000 ש"ח לכל הריון.

8.6 מובהר כי ילדי עובדים או בני זוגם של ילדי עובדים לא יהיו זכאים לתגמולי ביטוח על פי סעיף 8 רבתי.

תקופת אכשרה לסעיף 8 רבתי הינה 9 חודשים.

איך לנהוג בעת תביעה?

בהיוודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי הביטוח הרפואי, ראשית עליך לפנות לסוכנות הביטוח מגן לצורך הכוונה וסיוע בעת הגשת תביעה.

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, יש לפנות לסוכנות מגן או להראל חברה לביטוח כדי שידריכו אותך בתהליך הגשת התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

להזמנת רופא לביקור ביתי 24 שעות ביממה ו/או למוקד מידע טלפוני ויעוץ רפואי,
יש להתקשר למוקד חברת פמי פרימיום: **03-5688502**.

מה לעשות כשצריך ניתוח?

תוכנית הביטוח לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח (מסוג "כללית מושלם", "מכבי מגן זהב", "מאוחדת עדיף", "לאומית ועוד"), היא תוכנית ביטוח ייחודית המונעת כפל כיסוי, תוך חסכון כספי. להלן, נוהל הגשת תביעה בעת הצורך בניתוח פרטי, במסגרת התוכנית (נוהל זה רלוונטי אך ורק לגבי פרק הכיסוי לניתוחים):

העומד בבסיסה של התכנית לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח, שהביטוח הינו רובד משלים לביטוח הקיים למבוטח במסגרת קופת החולים בה הוא חבר (שב"ן - שירותי בריאות נוספים); המשמעות היא, שעד שהמבוטח לא ממצה את זכויותיו במסגרת השב"ן, הוא אינו זכאי לקבלת תגמולי ביטוח כלשהם מחברת הביטוח (לרבות התחייבויות) במסגרת התכנית. לכן, כאשר מבוטח במסגרת תכנית זו נדרש לבצע ניתוח פרטי, עליו לפנות במקביל אל סוכנות הביטוח ואל הביטוח המשלים של קופת החולים בה הוא חבר.

לנוחותכם, להלן פרטי קופות החולים השונות, אליהן יש לפנות בעת הצורך:

- קופ"ח כללית - * 2700
- קופ"ח מכבי - 1-700-50-53-53
- קופ"ח מאוחדת - * 3833
- קופ"ח לאומית - 1-700-507-507

ייתכנו 3 תגובות אפשריות של הביטוח המשלים בקופ"ח -

דחיה - דחיית התביעה לחלוטין ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח (כמו במקרה שבו מבוטח מצוי במהלכה של תקופת האכשרה בביטוח המשלים, או במקרה שבו סוג הניתוח אינו מוכר ע"י הביטוח המשלים - ניתוח קיסרי, בדיקות פולשניות כגון, אנדוסקופיות למיניהן); במקרה זה, יינתן לפעולה המבוקשת כיסוי מלא ע"י חברת הביטוח (בתנאי שהמבוטח זכאי לכיסוי בחברת הביטוח).

אישור במסגרת הסכמי השב"ן - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח והכרה בניתוח המבוצע ע"י רופא הסכם של הביטוח המשלים, בבי"ח המצוי בהסכם עם הביטוח המשלים.

במקרה כזה יקבל המבוטח מן הביטוח המשלים בקופ"ח התחייבויות לביצוע הניתוח. בחלק מן הביטוחים המשלימים (מכבי, לאומית) לא יידרש המבוטח לכל תשלום נוסף, ובביטוחים האחרים (כללית, מאוחדת) יידרש המבוטח לשלם השתתפות עצמית לצורך ביצוע הניתוח, והחזר עבור תשלום זה הוא יקבל במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן, כנגד הצגת קבלה מקורית, סיכום ניתוח וטופס תביעה כרגיל.

אישור שלא במסגרת הסכמי השב"ן - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים, אולם המנתח/בי"ח אינם מצויים בהסכם עם הביטוח המשלים. במקרה הנ"ל, לא ניתן לקבל מהביטוח המשלים התחייבויות לביצוע הניתוח, אלא רק החזר כספי בדיעבד לאחר הצגת קבלות מקוריות וסיכום ניתוח.

במקרה כזה יתבקש המבוטח לשלם לרופא ולביה"ח את עלות הניתוח ולהגיש את הקבלות לביטוח המשלים, ולאחר מכן להגיש לסוכנות הביטוח את העתקי הקבלות בצירוף אישור על גובה החזר שנתקבל מהביטוח המשלים, וכן סיכום ניתוח וטופס תביעה. החזר יבוצע במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן לפי הסכום שהיה משולם לספקי הסכם של הראל ובניכוי החזר שנתקבל מהביטוח המשלים.

יש להדגיש כי גם במקרה כזה חשוב וחיוני לפנות מראש אל סוכנות מגן או מוקד הראל בטלפונים הרשומים מטה כדי לתאם ביצוע הניתוח ולקבל הדרכה.

אנו עומדים לשירותך בכל עת!

"מגן - פתרונות פיננסיים"

טל: 0774-180060

פקס: 0774-180061

דוא"ל: office@magen-ins.co.il

פמי פרימיום

03-5688502

הראל חברה לביטוח בע"מ

1-800-44-5000