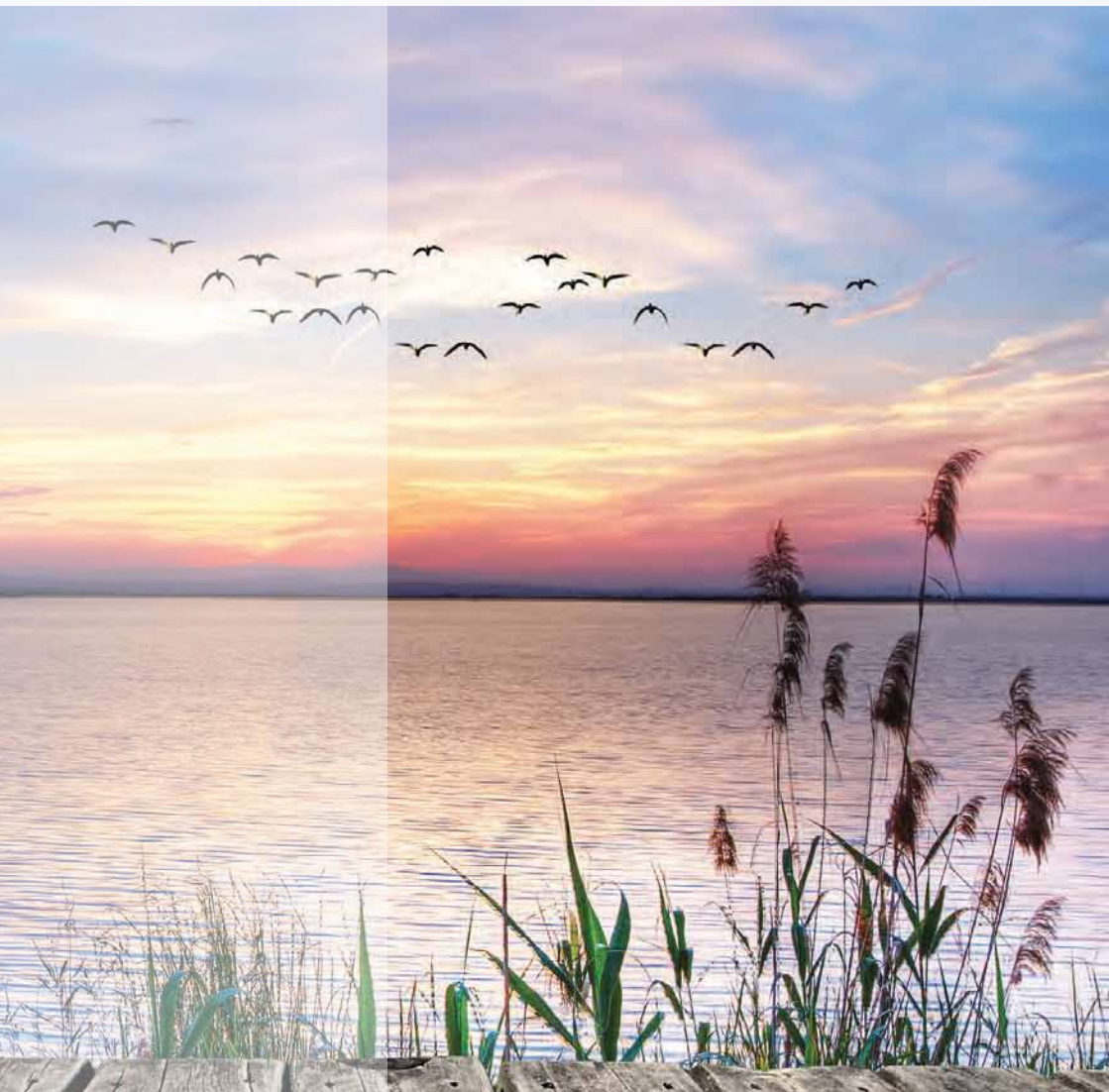




עובדי אסותא מרכזים רפואיים ובני משפחותיהם 2013 - 2022



עובד/ת יקר/ה,

פוליסת ביטוח הבריאות הקבוצתית של אסותא המתנהלת בחברת "כלל חברה לביטוח בע"מ" משרתת את עובדי החברה ומעניקה לכם כיסוי רחב ותנאים טובים במיוחד משנת 2013.

במהלך השנים קיבלו עובדי החברה ובני משפחותיהם מענה לצרכים רפואיים מעבר לקיים בסל הבריאות ובביטוחים המשלימים של קופות החולים ובנוסף קיבלו ליווי צמוד בדרך למימוש זכויותיהם.

בהתאם למוסכם בפוליסה, נערך בה עדכון בחודש 6/2017 ואף נוספו לה שיפורים ועדכונים.

כידוע, החליטה הנהלת אסותא כי דמי הביטוח בגין הרובד הבסיסי עבור העובד ועבור ילדיו עד גיל 25 ימומנו במלואם על ידי החברה וזאת כחלק מסל ההטבות להם זכאים העובדים.

הביטוח המורחב חל על כל עובד לפי בחירתו במימון אישי.

בנוסף עומדת לכל עובד הזכות לצרף את בני משפחתו לכיסוי הבסיסי ולכיסוי המורחב, בתנאים מיוחדים ובמימון אישי.

סוכנות כנען ממשיכה ללוות את עובדי אסותא בכל הקשור לביטוח הבריאות ותמשיך ללוות את העובדים לשם מיצוי זכויותיהם בעת הגשת תביעה.

בבניית הפוליסה של עובדי החברה הושקעה מחשבה רבה כדי לעשותה טובה ואטרקטיבית הן בהיקף הכיסוי שהיא מציעה והן בדמי הביטוח וזאת כדי להבטיח את התאמתה לצרכי העובדים.

אנו שמחים להעניק לעובדים הטבה חשובה זאת ומאחלים לכם ולבני משפחותיכם בריאות שלמה.

בברכה,

איריס מור

ראש אגף משאבי אנוש

גידי לשץ

מנכ"ל

תוכן העניינים

גילוי נאות 3

מה עושים במקרה תביעה בתחום הבריאות? 21

הסכם ביטוח בריאות קבוצתי 23

גילוי נאות

חלק א' ריכוז פרטים כלליים על ההסכם ונספחים

א. כללי

1. שם הפוליסה	אסותא מרכזים רפואיים בע"מ
2. בעל הפוליסה	אסותא מרכזים רפואיים בע"מ
3. הכיסויים בפוליסה	רובד בסיסי - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה) - כמפורט בפרק ד'. - תרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות - כמפורט בפרק ה'. - הוצאות רפואיות מיוחדות - כמפורט בפרק ו'. - בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים - כמפורט בפרק ז'. - ביטוח סיעודי - כמפורט בפרק ז' 1 (בתוקף עד 30.06.2015). רובד רשות א' - ניתוחים בארץ - כמפורט בפרק ח'. - ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן - כמפורט בפרק ח' 1. - ביטוח לאם ולילד - כמפורט בפרק ט'. - שירותים רפואיים נוספים - כמפורט בפרק י'. רובד רשות ב' - פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה - כמפורט בפרק יא'.

מיום 31.12.2013 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 31.12.2022. למעט הביטוח הסיעודי שיהיה בתוקף עד ליום 30.06.2015. בתום תקופה זו תחודש הפוליסה (למעט הביטוח הסיעודי) לתקופת ביטוח נוספת בת 36 חודשים, בכפוף להסכמת המבטח ובעל הפוליסה כמפורט בסעיף 15.1 בפרק ג' בפוליסה. בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא, בהתאם להוראות סעיף 13.2 להסכם ו-11.1 לפרק ג' בפוליסה. בנוסף, 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, בהתאם להוראות סעיפים 18.1 ו-18.2 בהסכם. תינתן זכות להמשך הביטוח, בהתאם להוראות סעיף 13 בפרק ג' בפוליסה.	4. משך תקופת הביטוח
בתום תקופת ההסכם, תחודש הפוליסה למעט הביטוח הסיעודי, לתקופת ביטוח נוספת בת 36 חודשים, בכפוף להסכמת המבטח ובעל הפוליסה ובתנאים כפי שיוסכמו בין הצדדים, בהתאם להוראות סעיף 15.1 בפרק ג' לפוליסה.	5. תנאים לחידוש אוטומטי
• 3 חודשים בגין הוצאות רפואיות מיוחדות, פיצוי בגין היעדרות מלימודים, אשפוז ילדו של המבוטח, שמירת אחות ופיצוי באשפוז, פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה. • 6 חודשים בגין פרק ז' - בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים, בעיות הרטבה לילדים, אבזירים רפואיים, טיפול שיקום, רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי, טיפול כימותרפי או רדיותרפי או הקרנות. • 12 חודשים בגין בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקויי למידה, טיפול בבעיות התפתחות בילדים.	6. תקופת אכשרה

7. תקופת המתנה	60 יום בגין מקרה סיעוד
8. השתתפות עצמית	- פרק ה' - "תרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות": 250 ₪ בגין כל מרשם (עבור שני מרשמים לכל היותר בחודש. מעבר לשני מרשמים, יהיה המבוטח פטור מהשתתפות עצמית לתרופות שעלותן מעל 250 ₪. כמו כן, המבוטח יהיה פטור מההשתתפות עצמית אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500), 50% בגין טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות. - פרק ו' - "הוצאות רפואיות מיוחדות": 20% בגין הוצאות רפואיות. - פרק ז' - "בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים": 20% בגין בדיקות אבחון, 20% בגין חוות דעת נוספת בגין בדיקת האבחון, 20% בגין חו"ד שניה עם רופאה מומחה (מבוטח אשר פנה לקבלת שרותי יעוץ ובדיקות אבחון במסגרת בית חולים אסותא יהיה זכאי לקבלת השירותים ללא צורך בתשלום השתתפות עצמית), 20% בגין חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל. - פרק ח' - "ניתוחים בארץ": 20% בגין החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, 20% בגין טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום, 20% בגין התעמלות שיקומית, 20% בגין טיפול רפואי בבית המבוטח לאחר ביצוע ניתוח, 20% בגין ניתוחי חניכיים כירורגיים. - פרק ט' - "ביטוח לאם ולילד": 40% בגין מקרי ביטוח המפורטים בפרק, 20% במקרה שבו המבוטח פנה לשב"ן ומיצה את זכאותו או במקרה שהשירות אינו כלול בסל הבריאות עבור כלל מבוטחי השב"ן או במקרה בו המבוטח מיצה את מכסת הטיפולים להם הוא זכאי במסגרת השב"ן, 20% בגין מעקב הריון.

8. השתתפות עצמית	פרק י' - "שירותים רפואיים נוספים": 40% בגין מקרי ביטוח המפורטים בפרק, 20% במקרה שבו המבוטח פנה לשב"ן ומיצה את זכאותו או במקרה שהשירות אינו כלול בסל הבריאות עבור כלל מבוטחי השב"ן או במקרה בו המבוטח מיצה את מכסת הטיפולים להם הוא זכאי במסגרת השב"ן, 20% בגין התייעצות עם רופא מומחה, 20% בגין רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי בקופת החולים, 40% בגין רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי שאינו קשור לבית החולים, 20% בגין שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח).
-------------------------	--

ב. שינוי תנאים

9. שינוי תנאים במהלך תקופת ההסכם	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 ההסכם 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, בהתאם להוראות סעיף 18.1 לפרק ג' לפוליסה. בנוסף, בעל הפוליסה יוכל לעשות שינויים בכיסוי הביטוחי כחלופה לעדכון הפרמיה, כמפורט בסעיף 8.6.4 להסכם. במידה ותוצאת החישוב תהיה חיובית, ידונו הצדדים על שיפור התנאים והתאמתם לפרמיה המשולמת כמפורט בסעיף 8.7 להסכם.
---	---

תוספת הפרמיה החודשית החל מיום 01.05.2020 לרובד רשות ב'		
המבוטח	פרמיה עבור רובד רשות ב' מחלות קשות* - 25,000 ₪	
ילד / נכד עד גיל 25	3.82 ₪	
עובד / ילד מעל 25 / נכד מעל גיל 25	25.18 ₪	
בן זוג	25.18 ₪	
* ניתן לרכוש עד 3 יחידות פיצוי של 25,000 ₪ כל אחת. הפרמיה צמודה למדד מיום 15.01.2020 שהינו 12,427 נקודות. הפרמיה לעובדים ובני זוגם קבועה וצמודה למדד. הפרמיה לילד או נכד משתנה בהתאם לגילו וצמודה למדד.		

ד. תנאי ביטול

11. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	ניתן לבטל בהודעה בכתב למבטח.
12. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	אם לא שולמה הפרמיה במועדה יבוטל הביטוח עפ"י הדין וההסכם.

ה. חריגים וסייגים

1. כמפורט בסעיף 2 בפרק ב' להסכם. 2. סייג לחבות או להיקף הכיסוי שנקבע למבוטח מסוים בדף פרטי החיתום שנקבעו לו.	13. החרגה בגין מצב רפואי קיים
כמפורט להלן: 1. כמפורט בסעיפים 1 ו-3 בפרק ב' לפוליסה. 2. כמפורט בסעיף 17 בפרק ג' לפוליסה. 3. כמפורט בסעיף 5 בפרק ד' לפוליסה. 4. כמפורט בסעיף 7 בפרק ה' לפוליסה. 5. כמפורט בסעיף 4 בפרק ו' לפוליסה. 6. כמפורט בסעיף 1.6 בפרק ז' לפוליסה. 7. כמפורט בסעיף 4 בפרק ז' לפוליסה. 8. סעיפים 5.5 ו- 6.4 בפרק ח' לפוליסה. 9. סעיף 4.3.3 בפרק י' לפוליסה. 10. סעיף 4 בפרק יא' לפוליסה.	14. סייגים לחבות המבטח

1. נספח ז' 1 - ביטוח סיעודי (עד ליום 30.06.2015)

1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מתוך 6 הפעולות הבאות, שאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים: להתלבש להתפשט; לקום ולשכב; לאכול ולשתות; להתרחץ; ניידות; לשלוט על הסוגרים; 2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" כמוגדר בפוליסה ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.	הגדרת מקרה ביטוח
--	-------------------------

1. נספח ז' 1 - ביטוח סיעודי (עד ליום 30.06.2015)

משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח	עד 60 חודשים
סוג תגמולי הביטוח	פיצוי
סכום הביטוח	5,490 ₪ לאחר תקופת המתנה של 60 יום. בנוסף, יוכל מבטוח עד גיל 65 לרכוש באופן וולונטרי רובדי כיסוי נוספים ביחידות פיצוי נוספות בסך 1,220 ₪ לחודש, הן לתקופת פיצוי מקסימאלית בת 60 חודשים והן לכל החיים. ניתן יהיה לרכוש עד 5 יחידות נוספות בנות 1,220 ₪ כל אחת, בכל אחת מהאפשרויות הנ"ל.
תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.
סקאלת הפרמיה	הפרמיה משתנה בהתאם לגיל המבטוח כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד.
זכויות המבוטח בגין העלאת הפרמיה	אין
קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין
שחרור מתשלום הפרמיה	קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.
ערך מסולק	אין
תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	אין
שיפוי לשיקום	עד סך מקסימאלי של 36,600 ₪.
המשכיות	כמפורט בסעיף 13 בפרק ג' בפוליסה.

חלק ב' - תמצית הכיסויים

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
רובד בסיס פרק ד' - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)				
תקרת תגמולי הביטוח השתלה באמצעות נותני שירות בהסכם - שיפוי מלא. השתלה באמצעות נותני שירות שלא בהסכם - עד סכום של 5,000,000 ₪ לכל השתלה.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
טיפול מיוחד בחו"ל או ניתוח בחו"ל - עד סכום של 1,200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
גמלת החלמה בעקבות השתלה המבטח ישלם למבוטח שעבר השתלה במהלך תקופת הביטוח, תשלום חודשי של 7,000 ₪ מיום ביצוע ההשתלה ולמשך 24 חודשים. * הגמלה לא תשולם למבוטח שעבר השתלה קרנית או השתלת מח עצם עצמית, אלא אם נמצא במצב של אובדן כושר עבודה מוחלט. * נפטר המבוטח חו"ל תשולם הגמלה ליורשיו החוקיים.	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
לפני מימוש ביטוח ההשתלות יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה (2) מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים.				

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ה' - תרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות				
מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 1 בפרק ה' בפוליסה. הכיסוי יינתן עד 4,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. סכום הביטוח עבור טיפול תרופתי מיוחד כמוגדר בפוליסה, הינו עד 800,000 ₪. במקרה של טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות כמוגדר בפוליסה, המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 50% ועד 50,000 ₪ עבור כל הטיפולים הרפואיים לכל תקופת הביטוח.	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
פרק ו' - הוצאות רפואיות מיוחדות				
שיפוי בגין הוצאות רפואיות כמוגדר בפוליסה בעת גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים כמפורט בסעיף 2 בפרק ו' לפוליסה. סכום הביטוח: - עד סך של 50,000 ₪ עבור כל הטיפולים אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח, כפוף להשתתפות עצמית של 20%. - במקרה של גילוי מחלת הסרטן סכום הביטוח המירבי יהיה 100,000 ₪, כפוף להשתתפות עצמית של 20%. - במקרה של ביצוע ניתוח גדול והמבוטח אינו זכאי לשיפוי אחר על פי סעיף אחר בפרק זה, סכום הביטוח המירבי יהיה 10,000 ₪, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ז' - בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים				
1. בדיקות אבחון - שיפוי בשיעור של 80% מעלות הבדיקה האבחונית, או 150 ₪ לכל בדיקה, לפי הגבוה מביניהם, עד תקרה של 20,000 ₪ לבדיקה ולא יותר מסך של 80,000 ₪ לכל תקופה של 3 שנים שתחילתן במועד תחילת הסכם זה. * חוות דעת נוספת - חוות דעת נוספת לפענוח ממצאי הבדיקה, אם בתוצאות הבדיקה התגלו ממצאים שאינם תקינים, יהיה זכאי המבוטח לעד ארבע התייעצויות, עד 1,200 ₪ להתייעצות כפוף להשתתפות עצמית של 20%. 2. חו"ד שניה עם רופא מומחה - שיפוי בשיעור 80% מעלות ההתייעצות, אך לא יותר מ-1200 ₪ לכל התייעצות, ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח, מותנה בכך שהמבוטח פנה תחילה לשב"ן בו הוא חבר למיצוי זכאותו. * תנאים מיוחדים לעובדים ובני משפחותיהם המבוטחים על פי פוליסה זו-מבוטח אשר פנה לקבלת שרותי יעוץ ובדיקות אבחון במסגרת בית חולים אסותא יהיה זכאי לקבלת השירותים ללא השתתפות עצמית (כאמור בסעיף 2 בפרק ז' לפוליסה).	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
3. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל - שיפוי בשיעור של 80% מן הסכום אותו שילם המבטח בפועל עבור ההתייעצויות, אך לא יותר מ 4,390 ₪ בכל תקופת הביטוח. במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 915 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות, אחת לכל תקופת הביטוח.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש

נספח ז' 1 - ביטוח סיעודי (עד ליום 30.06.2015)

1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מתוך 6 הפעולות הבאות, שאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים: לקום ולשכב; להתלבש להתפשט; להתרחץ; לאכול ולשתות; לשלוט על הסוגרים; ניידות; 2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" כמוגדר בפוליסה ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.	הגדרת מקרה ביטוח
עד 60 חודשים	משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח
פיצוי	סוג תגמולי הביטוח
5,490 ₪ לאחר תקופת המתנה של 60 יום. בנוסף, יוכל מבוטח עד גיל 65 לרכוש באופן וולונטרי רובדי כיסוי נוספים ביחידות פיצוי נוספות בסך 1,220 ₪ לחודש, הן לתקופת פיצוי מקסימאלית בת 60 חודשים והן לכל החיים. ניתן יהיה לרכוש עד 5 יחידות נוספות בנות 1,220 ₪ כל אחת, בכל אחת מהאפשרויות הנ"ל.	סכום הביטוח
תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית
אין	קיצוז תגמולים מביטוחים אחרים
קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.	שחרור מתשלום הפרמיה
אין	ערך מסולק
אין	תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח
עד סך מקסימאלי של 36,600 ₪.	שיפוי לשיקום

תיאור הכיסוי				
ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	מראש המבטח והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר	
רובד רשות א' פרק ח' - ניתוחים בארץ				
הניתוחים המכוסים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	כל הניתוחים
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	בארץ
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	קיים
טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח				
יש	מוסף / תחליפי	נדרש	שיפוי	באמצעות ספק שירות שבהסכם עם המבטח - שיפוי מלא. באמצעות ספק שירות שלא בהסכם עם המבטח - * בארץ - עד הסכום המרבי שהיה משלם המבטח עבור אותו טיפול לספק שירות שבהסכם עמו. בהעדר הסכם עם ספק שירות לגבי טיפול מסוים, יישא המבטח בעלות בשיעור 150% מהעלות המרבית המשולמת לנותן שירות שבהסכם עבור ניתוח (שירותי ניתוח ואשפוז) אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע בישראל. * בחו"ל - המבטח יישא בעלות בשיעור 200% מהעלות המרבית המשולמת לנותן שירות שבהסכם עבור ניתוח (שירותי ניתוח ואשפוז) אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע בישראל.
הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.				

תיאור הכיסוי				
קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	
פרק ח'1 - ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן				
הניתוחים המכוסים				
יש	מוסף	נדרש	שיפוי	כל הניתוחים
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל				
יש	מוסף	נדרש	שיפוי	בארץ
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח				
יש	מוסף	נדרש	שיפוי	קיים
הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.				
פרק ט' - ביטוח לאם ולילד				
בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	1. בדיקות לנשים בהריון - עד 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון, במקרה של תאומים או יותר הסכום יעמוד על 5,000 ₪ לכל הריון.
				2. בדיקות גנטיות - עד 1,200 ₪ פעם אחת בתקופת הביטוח.
				3. טיפול פוריות והפריה חוץ גופית - עבור הולדת ילד ראשון/שני/שלישי, עד 20,000 ₪ לכל לידה (ללא תלות במספר הילדים בכל לידה). המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח, בכפוף לתנאים כמפורט בסעיף 3.3 בפרק ט' בפוליסה.

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
4. מעקב הריון - עד 320 נה לכל ביקור ועד 2 ביקורים במהלך כל הריון, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
5. שמירת הריון באשפוז - פיצוי של 200 נה ליום אשפוז ועד 7 ימים, למבוטחת אשר אושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 7 ימים. בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה על 5,000 נה לכל הריון. כיסוי מיוחד לילדים	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
6. פיצוי בגין היעדרות מלימודים - למבוטח עד גיל 21, פיצוי של 200 נה לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה-21 ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי)				
7. בעיות הרטבה לילדים - לילדים עד גיל 5, עד 700 נה לטיפול, עד שני טיפולים. 8. אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה - למבוטח שגילו עד 16 שנה, עד 1,200 נה, זכאות אחת לתקופת ביטוח. 9. טיפול בבעיות התפתחות בילדים - למבוטח עד גיל 16, עד 120 נה לטיפול ועד 30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
10. פיצוי במקרה של אשפוז ילדו של מבוטח - למבוטח שגילו עד 21, פיצוי של 250 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולתקופה מרבית בת 14 ימים. השתתפות עצמית - 40% בגין הטיפולים/הבדיקות כמפורט לעיל. 20% במקרה שבו המבוטח פנה לשב"ן ומיצה את זכאותו או במקרה שהשירות אינו כלול בסל השירותים עבור כלל מבוטחי השב"ן או במקרה בו המבוטח מיצה את מכסת הטיפולים להם הוא זכאי במסגרת השב"ן.	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק י' - שירותים רפואיים נוספים				
1. התייעצות עם רופא מומחה - עד 80% מההוצאות ועד 800 ₪. עד שלוש התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת. 2. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי - בקופת החולים - עד 80% מההוצאות ועד 120 ₪ לטיפול או התייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח. לא בקופת החולים - עד 60% מההוצאות ועד 120 ₪ לטיפול או התייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח. 3. אביזרים רפואיים - עד 2,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. במידה ובוצע ניתוח במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי המבוטח במהלך 3 חודשים לאחר ביצוע הניתוח להשתתפות המבטח עד לסך 4,000 ₪ עבור רכישת אביזרים רפואיים הנדרשים כתוצאה מביצוע הניתוח בהתאם לאישור רופא מומחה. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור המדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק י' - שירותים רפואיים נוספים				
4. שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח) - למבוטח שגילו מעל 18 שנים, עד 80% מההוצאות ועד 320 ₪ לכל יום ועד 21 ימי אשפוז רצופים החל מהיום השני לאשפוז. בנוסף יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בסך 200 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד 7 ימי אשפוז רצופים. הזכאות הינה לעד שתי תקופות אשפוז בשנת ביטוח.	שיפוי ופיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
5. התייעצות עם רופא מומחה - עד 80% מההוצאות ועד 800 ₪. עד שלוש התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת. 6. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי - בקופת החולים - עד 80% מההוצאות ועד 120 ₪ לטיפול או התייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח. לא בקופת החולים - עד 60% מההוצאות ועד 120 ₪ לטיפול או התייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק י' - שירותים רפואיים נוספים				
7. אביזרים רפואיים - עד 2,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. במידה ובוצע ניתוח במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי המבוטח במהלך 3 חודשים לאחר ביצוע הניתוח להשתתפות המבטח עד לסך 4,000 ₪ עבור רכישת אביזרים רפואיים הנדרשים כתוצאה מביצוע הניתוח בהתאם לאישור רופא מומחה. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור המדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
8. מנוי למשדר קרדיולוגי - עד 160 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.				
9. טיפול שיקום א. טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק (שלא לאחר ניתוח) - עד 160 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח. ב. שיקום הדיבור - עד 160 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח. ג. התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח) - עד 240 ₪ לחודש ועד 12 חודשים, המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד האירוע.				

תיאור הכיסוי				
ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק י' - שירותים רפואיים נוספים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	10. טיפול כימותרפי או רדיותרפי או הקרנות - עד 50,000 ₪ לכל מקרה ביטוח
אין	מוסף	לא נדרש	שיפוי ופיצוי	11. שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח) - למבטח שגילו מעל 18 שנים, עד 80% מההוצאות ועד 320 ₪ לכל יום ועד 21 ימי אשפוז רצופים החל מהיום השני לאשפוז. בנוסף יהיה זכאי המבטח לפיצוי בסך 200 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד 7 ימי אשפוז רצופים. הזכאות הינה לעד שתי תקופות אשפוז בשנת ביטוח.

תיאור הכיסוי				
ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
חובד רשות ב' פרק יא' - פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה				
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	פירוט המחלות הקשות: 1. איבוד גפיים. 2. אילמות, אובדן דיבור. 3. אי ספיקת כבד פולמינגטית. 4. אי ספיקת כליות כרונית. 5. אנמיה אפלסטית.

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
רובד רשות ב' - פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה				
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	6. גידול שפיר של המוח.
				7. דלקת חיידקית של קרום המוח.
				8. דלקת מוח.
				9. השתלת איברים.
				10. התקף לב חריף.
				11. חירשות.
				12. טרשת נפוצה.
				13. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני.
				14. מחלת כבד סופנית (שחמת).
				15. מחלת ריאות כרונית.
				16. ניוון שרירים מסוג ALS.
				17. ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב.
				18. ניתוח אבי העורקים.
				19. ניתוח מעקפי לב.
				20. סוכרת נעורים.
				21. סרטן.
				22. עיוורון.
				23. עמילואידוזיס ראשונית.
				24. פגיעה מוחית.
				25. פוליו.
				26. פרקינסון.
				27. צפדת.
				28. קרדיומיופטיה.
				29. שבץ מוחי.
				30. שיתוק.

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קידום תגמולים מביטוח אחר
רובד רשות ב' פרק יא' - פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה				
31. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש. 32. תרדמת. 33. תשישות נפש. 34. נכות צמיתה.	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
סכום פיצוי בסך של 25,000 ₪. ניתן לרכוש עד 3 יחידות פיצוי בסך 25,000 ₪ כל אחת. סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהיה 50% מסכום תגמולי הביטוח הנזכרים לעיל, בכפוף לתנאי הפוליסה.	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
לפני מימוש ביטוח ההשתלות יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה (2) מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים.				

כל סכומי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ביום 15.11.2013, שהינו 12,414 נק'.

- ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).
 - 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.
- יצוין כי הגדרות אלו תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה המלאים.

מה עושים במקרה תביעה בתחום הבריאות?

מה עושים במקרה תביעה?

בהיודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, לרבות הצורך בניתוח או בהשתלה, ובכל שאלה או הבהרה או לצורך הכוונה וסיוע בעת הגשת תביעה, רפרנט הבריאות בסוכנות הביטוח כנען עומד לשירותכם בטלפון: 03-7688400.

בנוסף, מעבר לשעות הפעילות המקובלות באפשרותך לפנות למוקד שירות לקוחות ייעודי עבור עובדי "אסותא" בטלפון: 03-6388409.

אם בחרת את המנתח ו/או בית חולים מראש, יש להעביר למוקד שירות הלקוחות את שם הרופא המנתח ופירוט לגבי סוג הניתוח שאמור להתבצע על גבי טופס התביעה, אותו ניתן לקבל באמצעות מוקד השירות אשר ימולא וייחתם על ידי הרופא הממליץ. כמו כן, יש לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לטיפול המבוקש.

לעזרתך בבחירת רופא מנתח, רשימת כל הרופאים שבהסכם עם חברת הביטוח, באתר האינטרנט WWW.CLALBIT.CO.IL.

במקרה של צורך בביצוע ניתוח, השתלה או תרופות שלא בסל הבריאות, יש לפנות מראש למוקד שירות הלקוחות לביורר הזכאות על פי הפוליסה.

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

אלו טפסים/ניירת רפואית יש לצרף לטופס התביעה?

1 לצורך הגשת תביעה בגין ניתוח / השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי:

- 1.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתן סובל המבוטח מהבעיה).
- 1.2 הפניה לניתוח - מילוי טופס התביעה אותו ניתן לקבל באמצעות מוקד השירות.
- 1.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתן מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

2 לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע הניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפות:

- 2.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
- 2.2 מכתב שחרור מבית"ח.
- 2.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתן מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

3 לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי:

- 3.1 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתן סובל המבוטח מהבעיה).
- 3.2 מילוי טופס התביעה המצורף.
- 3.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שהוגשה כתביעה לביטוח וממתן מטופל אצלו, וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.
- 3.4 מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
- 3.5 קבלות מקוריות.

הסכם לביטוח בריאות קבוצתי

1. מבוא והגדרות

- 1.1 הגדרת המונחים המופיעים בהסכם זה תהיה זהה להגדרתם בפרק א' בפוליסה.
- 1.2 המבוא להסכם זה ונספחיו מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.
- 1.3 כותרות סעיפי ההסכם נועדו לשם הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורכי פרשנותו.
- 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, וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החבובות, יחול 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. הצהרות והתחייבויות המבטח

- 2.1 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.
- 2.2 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 התחייבותיו מכוח הסכם זה, במלואן ובמועדן, וכי יגרום לכך שלכל אורך התקופה במהלכה הוא יעניק את שירותי הביטוח, יישארו ברשותו כל האמצעים והמשאבים הנזכרים בסעיף זה.

2.3 המבטח מצהיר ומתחייב כי אין כל מגבלה חוקית, עסקית, חוזית או אחרת המגבילה אותו ו/או המונעת ממנו ו/או העלולה להגביל אותו ו/או למנוע ממנו מלהעניק את שירותי הביטוח, ולבצע את התחייבותיו כאמור בהסכם זה במלואן ובמועדן, וכי יבצע את הוראות הסכם זה בנאמנות, במקצועיות, בתום לב ובמסירות.

2.4 המבטח מצהיר כי ידוע לו שבעל הפוליסה אינו מתחייב לכך שיצטרפו לביטוח מספר מינימאלי של חברים, 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.

3. היקף הביטוח

הסדר הביטוח כולל את כל התנאים המופיעים בהסכם זה, ואת הכיסויים והתנאים כמפורט בפוליסה המסומנת כנספח 1 ובנספח 2 המצורפים להסכם זה ומהווים חלק בלתי נפרד הימנו ("הביטוח").

4. ההצטרפות לביטוח ותשלום הפרמיה

- 4.1 ההצטרפות לביטוח הינה על פי האמור בתנאי הפוליסה.
- 4.2 אופן ההצטרפות יהיה בכפוף להוראות המפקח על הביטוח.
- 4.3 בעל הפוליסה יישא בעלות דמי הביטוח של עובדיו וילדיו עד לגיל 25 עבור הרובד הבסיסי בפוליסה (כולל שווי מס). העובד המבוטח יישא בעלות עבור הביטוח עבור בן/ת זוגו ועבור רובדי הרשות עבורו ועבור ילדיו.

5. דמי הביטוח

דמי הביטוח עבור כל מבטוח עד ליום 31.5.2016 הינם כמפורט להלן:

המבטוח	פרמיה חודשית עבור ביטוח בסיסי	תוספת פרמיה חודשית עבור רובד רשות א' מסלול ניתוחים מורחב + כיסוי לאם ולילד+ שירותים רפואיים נוספים	תוספת פרמיה חודשית עבור רובד רשות א' מסלול ניתוחים משלים שב"ן + כיסוי לאם ולילד+ שירותים רפואיים נוספים
ילד עד גיל 25	0 ₪	18.50 ₪	12.50 ₪
עובד/ ילד מעל 25/ נכד מעל גיל 25	24.50 ₪	52.50 ₪	42.50 ₪
בן זוג	41.50 ₪	52.50 ₪	42.50 ₪
נכד עד גיל 25	8.50 ₪	18.50 ₪	12.50 ₪

* הפרמיה צמודה למדד חודש אוקטובר שהינו 12,414 נק'.

המבטוח	פרמיה עבור רובד רשות ב' מחלות קשות* - 25,000 ₪
ילד/ נכד עד גיל 25	2.50 ₪
עובד/ ילד מעל 25/ נכד מעל גיל 25	16.50 ₪
בן זוג	16.50 ₪

* ניתן לרכוש עד 3 יחידות פיצוי של 25,000 ₪ כל אחת.

** הפרמיה צמודה למדד חודש אוקטובר שהינו 12,414 נק'.

תוספת פרמיה ליחידות ביטוח סיעודי נוספות בסך של 1,220 ₪ כל אחת:

גילאים	ל-60 חודשים	לכל החיים
גיל 21-30	1 ₪	1.4 ₪
גיל 31-40	1 ₪	1.5 ₪
גיל 41-50	2 ₪	3 ₪
גיל 51-60	4.2 ₪	7.6 ₪
גיל 61-65	10.2 ₪	16 ₪

*ניתן לרכוש עד 5 יחידות ביטוח בסה"כ בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום הגיל המרבי להגדלת הסכומים או להגדלת משך תקופת הפיצוי לא יעלה על 65 שנים

דמי הביטוח עבור כל מבוטח החל מיום 01.6.2016 ועד 30.4.2017 הינם כמפורט להלן:

המבוטח	פרמיה חודשית עבור ביטוח בסיסי	תוספת פרמיה חודשית עבור רובד רשות א' מסלול ניתוחים מורחב + כיסוי לאם ולילד + שירותים רפואיים נוספים	תוספת פרמיה חודשית עבור רובד רשות א' מסלול ניתוחים משלים שב"ן + כיסוי לאם ולילד + שירותים רפואיים נוספים
ילד עד גיל 25	0 ₪	25.53 ₪	17.25 ₪
עובד/ ילד מעל 25/ נכד מעל גיל 25	32.43 ₪	72.45 ₪	58.65 ₪
בן זוג	55.89 ₪	72.45 ₪	58.65 ₪
נכד עד גיל 25	11.73 ₪	25.53 ₪	17.25 ₪

*הפרמיה צמודה למדד חודש אוקטובר שהינו 12,414 נק'.

המבוטח	פרמיה עבור רובד רשות ב' מחלות קשות* - 25,000 ₪
ילד/ נכד עד גיל 25	3.45 ₪
עובד/ ילד מעל 25/ נכד מעל גיל 25	22.74 ₪
בן זוג	22.74 ₪

*ניתן לרכוש עד 3 יחידות פיצוי של 25,000 ₪ כל אחת.

**הפרמיה צמודה למדד אוקטובר 2013 שהינו 12,414 נקודות.

דמי הביטוח עבור כל מבוטח החל מיום 01.05.2017 ועד 30.04.2020 הינם כמפורט להלן:

המבוטח	פרמיה חודשית עבור ביטוח בסיסי	תוספת פרמיה חודשית עבור רובד רשות א' מסלול ניתוחים מורחב + כיסוי לאם ולילד + שירותים רפואיים נוספים	תוספת פרמיה חודשית עבור רובד רשות א' מסלול ניתוחים משלים שב"ן + כיסוי לאם ולילד + שירותים רפואיים נוספים
ילד עד גיל 25	0	25.2 ₪	17 ₪
עובד/ ילד מעל 25/ נכד מעל גיל 25	32 ₪	71.4 ₪	57.8 ₪
בן זוג	55.1 ₪	71.4 ₪	57.8 ₪
נכד עד גיל 25	11.6 ₪	25.2 ₪	17 ₪

*הפרמיה צמודה למדד מיום 15.10.2016 שהינו 12,231 נקודות.

המבוטח	פרמיה עבור רובד רשות ב' מחלות קשות* - 25,000 ₪
ילד/ נכד עד גיל 25	3.4 ₪
עובד/ ילד מעל 25/ נכד מעל גיל 25	22.4 ₪
בן זוג	22.4 ₪

*ניתן לרכוש עד 3 יחידות פיצוי של 25,000 ₪ כל אחת.

**הפרמיה צמודה למדד מיום 15.10.2016 שהינו 12,231 נקודות.

דמי הביטוח עבור כל מבטח החל מיום 01.05.2020 הינם כמפורט להלן:

המבטח	פרמיה חודשית עבור ביטוח בסיסי	תוספת פרמיה חודשית עבור רובד רשות א' מסלול ניתוחים מורחב + כיסוי לאם ולילד + שירותים רפואיים נוספים	תוספת פרמיה חודשית עבור רובד רשות א' מסלול ניתוחים משלים שב"ן + כיסוי לאם ולילד + שירותים רפואיים נוספים
ילד עד גיל 25	0.00 ₪	27.85 ₪	18.83 ₪
עובד/ ילד מעל 25/ נכד מעל גיל 25	35.38 ₪	79.05 ₪	64.00 ₪
בן זוג	60.99 ₪	79.05 ₪	64.00 ₪
נכד עד גיל 25	12.80 ₪	27.85 ₪	18.83 ₪

* הפרמיה צמודה למדד מיום 15.01.2020 שהינו 12,427 נקודות.

המבטח	פרמיה עבור רובד רשות ב' מחלות קשות* - 25,000 ₪
ילד/ נכד עד גיל 25	3.82 ₪
עובד/ ילד מעל 25/ נכד מעל גיל 25	25.18 ₪
בן זוג	25.18 ₪

* ניתן לרכוש עד 3 יחידות פיצוי של 25,000 ₪ כל אחת.

** הפרמיה צמודה למדד 15.01.2020 שהינו 12,427 נקודות.

המחיר לכל מבטח כמפורט לעיל הינו קבוע וסופי, לא ישתנה מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה כמפורט בתנאי הפוליסה ולמעט התאמת פרמיה בהתאם להוראות הסכם זה), והוא כולל את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג, הכרוכות בביצוע חוזה הביטוח.

6. הטמעת תכנית הביטוח

כמוסכם בין המבטח ובעל הפוליסה.

7. שירות למבוטחים

7.1 בעל הפוליסה ימנה את סוכנות הביטוח כנען סופר (להלן "הסוכנות") להעניק למבוטחים את מכלול השירותים המצוינים להלן:

7.2 המבטח וסוכנות הביטוח מתחייבים לפעול על פי הוראות הפוליסה והסכם הביטוח, ולדווח ליועץ הביטוח של בעל הפוליסה על כל חריגה, אי בהירות או דחיית תביעה, וכן לגבי כל בעיה המתעוררת בקשר לניהול מערך התביעות והשירות של המבטח או הסוכנות, לפי העניין.

7.3 מובהר כי סוכנות הביטוח הינה שלוחה של חברת הביטוח ופועלת מטעמה לכל דבר ועניין.

8. התאמת הפרמיה

8.1 בתום 36 חודשים קלנדאריים קרי ביום 31.12.2016 (להלן - "יום עריכת החשבון") ייערך חישוב לצורך קביעת דמי הביטוח עבור 36 החודשים הבאים.

8.2 בנוסף, בתום 72 חודשים קלנדאריים קרי ביום 31.12.2019 ייערך חישוב לצורך קביעת דמי הביטוח עבור 72 החודשים הבאים.

8.3 החישובים ייערכו על פי הכללים המפורטים להלן:

8.3.1 החישוב יערך לגבי כל קבוצת המבוטחים, הכלולים בתכנית הביטוח.

8.3.2 החישוב הראשון קרי לאחר 36 חודשים ייערך לגבי התקופה של 30 חודשים ראשונים.

החישוב השני קרי לאחר 72 חודשים, ייערך לגבי התקופה של 66 חודשים ראשונים.

8.3.3 מסך 70% מדמי הביטוח שהתקבלו אצל המבטחת, ינוכו הסכומים הבאים (להלן "ההוצאות"):

8.3.4 תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת ההתחשבות, ישולמו ע"י המבטחת עד ליום עריכת החשבון.

8.3.5 תביעות תלויות.

תביעות תלויות לעניין פוליסה זו יוגדרו כדלהלן:

8.3.6 מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, והוגשו למבטחת אך טרם יושבו במלואן או בחלקן, נכון ליום עריכת החשבון.

8.3.7 מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, אך טרם הוגשו ו/או דווחו למבטחת נכון ליום עריכת החשבון (I.B.N.R). מובהר בזאת כי החישוב כאמור יתבסס על ממוצע תביעות I.B.N.R בשנים קודמות.

8.3.8 חישוב התביעות ייערך על פי מועד קרות מקרה הביטוח.

8.4 מובהר כי כל הסכומים, פרמיות ותביעות כאמור, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן נכון ליום עריכת החשבון, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד הידוע במועד חתימת הסכם זה.

8.5 מובהר כי המבטח יציג את הנתונים לגבי כל קבוצת מבטחים, קרי, עובדים, בני זוג, ילדים ועבור כל רובד ביטוחי בנפרד.

8.6 הייתה תוצאת החישוב כאמור בס' 8.3 לעיל שלילית, יותאמו דמי הביטוח באופן הבא:

8.6.1 תחושב המנה המתקבלת מחלוקת ההוצאות בהכנסות (הוצאות/ הכנסות).

8.6.2 דמי הביטוח בתקופת הביטוח הבאה, יהיו מכפלת דמי הביטוח שהתקבלו במנה המתקבלת בסעיף 8.6.1. (דמי הביטוח = דמי הביטוח בשנה הקודמת) * (הוצאות לחלק להכנסות).

8.6.3 עדכון דמי הביטוח עבור כל פוליסה לא יעלה על 20%, מדמי הביטוח, נכון למועד יום עריכת החשבון.

8.6.4 בעל הפוליסה יהיה רשאי, אך לא חייב, לערוך שינויים בכיסוי הביטוחי כחלופה לעדכון הפרמיה כאמור בס' 8.6.3. השינויים כאמור יעשו בתאום ובהסכמה עם המבטחת.

8.7 אם במועד ההתחשבות הראשונה תהיה תוצאת החישוב לגבי פוליסה מסוימת שווה או חיובית, ישארו דמי הביטוח עבור הפרקים לגביהם נערך החישוב, ללא שינוי.

במקרה ותוצאת החישוב תהיה חיובית (להלן: "רווח ביטוחי"), ידונו הצדדים על שיפור התנאים והתאמתם לפרמיה המשולמת.

9. שירותי חברת הייעוץ

9.1 חברת הייעוץ ש. לוטינגר ושו"ת בע"מ (להלן "חברת הייעוץ") מונתה לחברת הייעוץ אשר תלווה את בעל הפוליסה ואת סוכנות הביטוח במהלך תקופת הביטוח.

9.2 היועץ יהיה מוסמך לפנות בשם המבוטח ולייצגו מול חברת הביטוח בכל עניין הקשור לפוליסה.

9.3 היועץ יפעל על פי הסמכויות המוגדרות בפוליסה ובהסכם זה, לרבות במקרים חריגים ובחילוקי דעות שבין המבטח למבוטח.

9.4 היועץ יהיה חבר בוועדת ערר כמצוין בתנאי הפוליסה.

10. דוחות ונתונים

מעת לעת, ולפי דרישת בעל הפוליסה ו/או יועץ הביטוח מטעמו, יעביר המבטח דו"ח מפורט הכולל תשלומים שנתקבלו אצל המבטח, תביעות ששולמו או שעתידות להשתלם, ו/או כל דו"ח אחר על פי דרישה, לרבות דוחות פעילות לגבי פניות החברים המבוטחים, סיבת הפניה, אופן הטיפול וכל מידע אחר הנחוץ לשם הערכת תפקודו של המבטח, ו/או לשם קבלת מידע לגבי התכנית ואופן ניהולה. הדו"ח יערך ע"י גורם מוסמך מטעם המבטח, ויועבר עד ולא יאוחר מ-30 ימים ממועד הדרישה האמורה כשהוא חתום ע"י אקטואר ורו"ח המבטח. הדו"ח האמור יעמוד בכל דרישות חוק הגנת הפרטיות.

11. הוצאות רפואיות מיוחדות

בסמכות יועץ הביטוח מטעם בעל הפוליסה לאשר הוצאות עבור טיפולים רפואיים שאינם מכוסים בפוליסה זו, וכן לאשר תשלומים עבור הוצאות רפואיות מעבר למכסת הטיפולים המצוינת בפוליסה, ומעבר לתקרות הנקובות בפוליסה, הכול

לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובלבד שהסכום המצטבר לאישורים אלו לא יעלה על 3% מהפרמיה הכוללת המצטברת שהתקבלה אצל המבטח החל מתחילת ההסכם ועד ליום מתן האישור.

12. סודיות

כמוסכם בין המבטח ובעל הפוליסה.

13. תקופת ההסכם

13.1 הסכם זה יכנס לתוקפו ביום 31.12.2013 ויסתיים ביום 30.11.2022, למעט הביטוח הסייעודי שיסתיים ביום 30.06.2015.

13.2 בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת, מכל סיבה שהיא, בהודעה בכתב אשר תינתן למבטח לפחות 3 חודשים מראש, זאת מבלי צורך לנמק זאת ומבלי שתהיה למבטח זכות לפיצוי כלשהו עקב הפסקת ההסכם כאמור.

13.3 למען הסר ספק מובהר כי גם אם הובא הסכם זה לידי סיום מכל סיבה שהיא, תמשיך הסוכנות להעניק שירותי ביטוח בהתאם לפוליסה לכל מבטח אשר הצטרף לביטוח לפני תום תקופת ההסכם זה ובהתאם לתנאי הפוליסה.

14. אחריות

14.1 המבטח מתחייב לשאת באחריות המלאה והבלעדית לכל נזק שיגרם למבטח בגין מעשיו ו/או מחדליו של המבטח ו/או מי משלו ו/או מי מעובדיו. מובהר כי המבטח לא יהיה אחראי לטיפול הרפואי שקיבל המבטח מנותן שירות, לרבות מנותן שירות אשר בהסכם עימו, כמו כן, המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.

14.2 המבטח מתחייב בזה לשפות את בעל הפוליסה, מיד עם קבלת דרישה לעשות כן, בגין כל נזק ו/או הוצאה ו/או חסרון כיס ו/או אובדן ו/או הפסד מכל סוג שהוא וללא הגבלת סכום שייגרמו לבעל הפוליסה, ככל שייגרמו, 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 והעובדים), 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.

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

14.4 מוסכם כי סעיפי האחריות יעמדו בתוקפם לכל תקופת ההסכם.

15. בוררות

כמוסכם בין המבטח ובעל הפוליסה.

16. 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 בפקסימיליה שניתן עליו אישור טלפוני.

17. שונות

17.1 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.

17.2 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.

17.3 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.

17.4 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.

17.5 מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.

17.6 ספריו ופנקסיו של בעל הפוליסה ישמשו עדות והוכחה לכאורה לנכונות האמור בהם ולעובדת עשייתו, לרבות לעניין מספר המבוטחים בפוליסה, ולעניין כל הסכומים שישולמו על-ידי בעל הפוליסה למבטח במסגרת ביצוע ההסכם.

נספח 1

פוליסת ביטוח רפואי לעובדי אסותא ובני משפחותיהם

פרק א' - הגדרות כלליות

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

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר

מפורשת בצידם:

- 1.1 **אח/אחות:** אח או אחות, לרבות אח או אחות צבאי, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.2 **אשפוז:** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.3 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, אק"ג, בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (T.C), בדיקת תהודה מגנטית (R.M.I), מיפוי PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסט וידיאו, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, לרבות בדיקות גנטיות, בדיקות אונקוגנטיות, בדיקות לצורך מניעה, בדיקות המבוצעות בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, בדיקות

שאינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן. וכן בדיקות הנשלחות לפענוח במעבדות בחו"ל. **מובהר כי בדיקות סקר תקופתיות שבוצעו ללא הפניה או המלצה מאת רופא אשר הנושא בתחום מומחיותו, או בדיקות הריון לא יכוסו על פי סעיף זה.**

1.4 בדיקה פתולוגית: כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.

1.5 בית חולים: מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).

1.6 בית חולים ציבורי: מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או ינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד. (כגון בית חולים הדסה או שערי צדק).

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

1.8 בית חולים בהסכם: בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.6-1.7 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח.

1.9 בן/בת זוג: בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/ בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.

1.10 בעל הפוליסה: אסותא מרכזים רפואיים בע"מ.

1.11 בקשת הצטרפות: בקשת הצטרפות של זכאי לביטוח באמצעות מילוי טופס בקשה להצטרף לביטוח כפי שיקבע בין המבטח לבין בעל הפוליסה.

- 1.12 **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בהסכם הביטוח.
- 1.13 **הטסה רפואית -** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.14 **המבוטח:** זכאי לביטוח, אשר הצטרף לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.
- 1.15 **המבטח:** כלל חברה לביטוח בע"מ
- 1.16 **המוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.17 **הסכם הביטוח:** ההסכם שנחתם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לשם רכישת הפוליסה.
- 1.18 **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה וכן כל תוספת לה בהסכמת הצדדים.
- 1.19 **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.
- 1.20 **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרז ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.
- 1.21 **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 1.22 **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.23 **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי שאינו מאושר ע"י הרשות המוסמכת בישראל, או ע"י הרשות המוסמכת בארה"ב (F.D.A.), או במדינות האיחוד האירופי E.M.E., קנדה או אוסטרליה או ניו-זילנד או יפן או נורבגיה 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 תחשב לטיפול ניסיוני. אישור הרשויות למתן טיפול רפואי לצורך מחקר או טיפול הדורש אישור ועדת הלסינקי ייחשב כטיפול ניסיוני לעניין פוליסה זו.
- 1.24 **טיפול/שירות רפואי:** כל טיפול אשר מטרתו מניעה ו/או טיפול ו/או ריפוי ו/או אבחון מצב רפואי, לרבות ובלי למצות טיפולים תרופתיים, השתלות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח וכל שירות אחר הכרוך בביצועם אשר מכוסה בפוליסה זו (כגון ומבלי למצות: שירותי אחות וסיוע טיפולי שיקום, הסטה, הסעה, מגורים ככל שמצוינים בכיסוי הביטוחי), התייעצויות וחו"ד עם רופאים מומחים, בדיקות אבחון לסוגיהן.
- 1.25 **יום:** 24 שעות ברצף.
- 1.26 **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. אשפוז למספר שעות לצורך ביצוע ניתוח ייחשב כיום אשפוז לעניין פוליסה זו. (להלן "אשפוז יום").
- 1.27 **יועץ:** ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
- 1.28 **ילדים:** ילדי עובד ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק.
- 1.29 **ילד בוגר:** ילדו של עובד שמלאו לו 25 שנה.
- 1.30 **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.31 **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פירות 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.
- 1.32 **מדד בסיס:** מדד חודש אוקטובר 2013 אשר פורסם ב-15 בנובמבר 2013, שהינו 12,414 נק'.
- 1.33 **מדד ידוע:** המדד האחרון הידוע ביום תשלום כלשהו, עפ"י פוליסה זו.
- 1.34 **מועד קרות מקרה הביטוח:** הנו המועד בו בוצע הטיפול הרפואי הכלול

בפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת בפרק הרלוונטי. כאשר מקרה הביטוח מוגדר כמצבו הרפואי המחייב או המצריך טיפול רפואי (כגון טיפול תרופתי), יהיה המועד הקובע המועד בו נקבע לראשונה ע"י רופא מטעם המבוטח, כי על פי אבחנה ו/או חו"ד רפואית ו/או המלצה מתועדת, מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול (להלן: "מועד האבחנה").

1.35 **מידע רפואי:** כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996.

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

1.37 **מצב רפואי המחייב טיפול הנזכר בהגדרת מקרה ביטוח:** מצבו הרפואי של המבוטח, שעל פי אבחנה ו/או חו"ד רפואית ו/או המלצה מתועדת והמצויה בתיקו הרפואי של החולה, על המבוטח לקבל את הטיפול הספציפי.

1.38 **מקרה הביטוח:** מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.

1.39 **נותן שירות:** מי שמספק למבוטח שירותים הכלולים במסגרת פוליסה זו.

1.40 **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם בקשר לביטוח זה, לצורך מתן השירותים למבוטח.

1.41 **סכום ביטוח מרבי:** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.

1.42 **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם; להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

1.43 **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.

1.44 רופא מומחה בכיר: רופא מומחה, מנהל או סגן מנהל מחלקה, או מנהל מכון/יחידה בבית חולים או מי שניהן 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.

1.45 רופא מרדים: רופא אשר הוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.

1.46 רצף ביטוחי מלא - מעבר בין הביטוח על פי פוליסה זו לביטוח בריאות או סיעוד פרטית, או מעבר בין ביטוח הבריאות הקבוצתית עפ"י הביטוח הקודם שתוקפו תם ביום 30.12.2013 לביטוח על פי פוליסה זו. המעבר בין תכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. לאמור, תנאי החיתום לגבי הביטוח החדש יהיו כפי שנקבע לגבי הצטרפותו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים.

1.47 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 תכנית לשירותי בריאות נוספים כהגדרתה בחוק הבריאות ו/או בכל הסדר חוקי שיבוא במקומו.

1.48 שנת ביטוח: תקופה בת 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה

בתאריך תחילת תוקף הביטוח, ואשר תימשך כל פעם בתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם, אלא אם כן בוטל עפ"י תנאי פוליסה זו ו/או בהתאם להסכם הביטוח.

1.49 תאונה: היזק גופני או נפשי בלתי צפוי מראש הנגרם על ידי גורם חיצוני אשר מהווה את הסיבה העיקרית לקרות מקרה הביטוח.

1.50 תאריך תחילת הביטוח: עבור כל מבטוח, המועד בו ניתן אישור בעל הפוליסה על הצטרפותו לביטוח.

1.51 תביעה: פנייה מאת מבטוח או מאת בעל הפוליסה בשם המבטוח אל המבטח לתשלום עבור שירות לפי פוליסה זו, ו/או לקבלת תגמולי ביטוח, ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים כאמור בפוליסה זו, בין אם נעשתה טרם קבלת הטיפול על ידי המבטוח, ובין אם נעשתה אחריה.

1.52 תגמולי הביטוח: סכומי הביטוח המגיעים למבטוח כמפורט בכל פרק.

1.53 תכנית שב"ן מוכרת: "כללית מושלם", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף", "מגן זהב" או כל תכנית שב"ן אחרת הקיימת באותה קופה בה חבר המבטוח, והמבטיחה כיסויי ביטוח וזכויות נרחבות יותר כגון תכנית "פלטינום" בכללית שירותי בריאות, או "שיא" בקופת חולים מאוחדת.

1.54 תקופת אכשרה: תקופת זמן רצופה, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה.

1.55 תקופת האכשרה תחול לגבי מבטוח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבטוח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תחשב כתקופה רציפה אחת. מבטוח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה.

1.56 תרופה - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי 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.

1.57 ניתוח אלקטיבי - ניתוח אשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפנייה מחדר מיון כמקרה דחוף.

1.58 "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.

1.59 "סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

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 אלוהית/או שימוש בסמים, למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראות רופא.

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

1.3. מקרה ביטוח שהוחרג במפורש ע"י המבטח במסגרת תנאי החיתום ונמסר למבטח על כך מראש ובכתב. סעיף זה לא יחול על מבטחים שאינם נדרשים להצהרת בריאות בעת הצטרפותם לביטוח.

1.4. טיפול רפואי או סדרה של טיפולים שבוצעו טרם מועד ההצטרפות לביטוח.

1.5. מקרה הביטוח אירע לפני מועד הצטרפות המבטח לביטוח, לרבות מקרה ביטוח המוגדר כמצב רפואי המחייב טיפול, שהתקיים אצל המבטח בטרם הצטרפותו לביטוח.

1.6. טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט טיפולים 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'.

1.7. מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח.

1.8. מובהר כי המבטח יהיה אחראי וישלם תגמולי ביטוח, כתוצאה ממום מולד, לילידו של מבטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח תוך 120 יום מיום לידתו.

1.9. לגבי כיסוי ביטוחי המקנה שיפוי, לא יכוסה מקרה הביטוח שנגרם תוך כדי שירותו של המבטח 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 יישא המבטח ביתרת העלות ועד חבותו על פי כל פרק.

1.10. מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי. למעט הסר ספק יכוסה כל מקרה ביטוח שארע תוך כדי או עקב עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה.

1.11. טיפולי שיניים וחניכיים, למעט ניתוחי פה ולסת שהצורך בהם התגלה לראשונה במהלך תקופת הביטוח וטיפול שיניים הנדרשים עקב ניתוח פה ולסת כאמור, ולמעט טיפולי שיניים כאמור ברובד הרשות "לאם ולילד".

2. סייג בשל מצב רפואי קודם:

2.1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ו/או טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופות המצוינות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, 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 ממועד הצטרפותו לביטוח.
- ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה ממועד הצטרפותו לביטוח.

- 2.2. מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקבוצתי הקודם ועברו ברצף לביטוח עפ"י הסכם זה.
 - 2.3. חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול למצטרפים לרובדי הרשות אשר בפרק ט - ביטוח לאם ולילד ובפרק י' - ביטוח שירותים רפואיים נוספים. המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרקים אלה לאחר תקופות האכשרה הנקובות בכל סעיף אשר בפרקים אלה.
 - 2.4. חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול אם המבוטח נדרש למלא, על פי תנאי ההצטרפות, שאלון החיתום הרפואי.
 - 2.5. 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.
 - 2.6. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצבו הבריאותי, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל במפורש. נשאל המבוטח על מצבו הבריאותי במפורש ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
 - 2.7. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסויים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסויים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין המצב הרפואי המסויים הנזכר בהודעת המבוטח.
- הגדרה זו נוסחה באופן המיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות שקבע המפקח על הביטוח.
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.

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 העובדים אצל בעל הפוליסה אשר בחרו להצטרף לביטוח זה.

2. היקף הביטוח

רובדי הביטוח:

2.1 **רובד בסיסי** - רובד ביטוחי זה כולל את הכיסויים הבאים:

2.1.1 ביטוח השתלות, טיפולים וניתוחים בחו"ל כאמור בפרק ד'.

2.1.2 ביטוח תרופות וטיפולים שאינם כלולים בסל הבריאות כאמור בפרק ה'.

2.1.3 הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ו'.

2.1.4 בדיקות אבחון וחו"ד נוספת עם מומחה כאמור בפרק ז'.

2.1.5 ביטוח סיעודי, כאמור בפרק ז' - בתוקף עד 30.06.2015.

2.2 **רובד רשות א'** - רובד זה כולל את הכיסויים הבאים:

2.2.1 ביטוח ניתוחים, טיפול מחליף ניתוח, ושירותי שיקום והחלמה לאחר ניתוח, כאמור בפרק ח'.

2.2.2 ביטוח לאם ולילד כאמור בפרק ט'.

2.2.3 ביטוח שירותים רפואיים נוספים, כאמור בפרק י'.

2.3 **רובד רשות ב'** - ביטוח גילוי מחלות קשות כאמור בפרק יא'.

3. ההצטרפות לביטוח

3.1 אופן ההצטרפות לביטוח

3.1.1 הצטרפות העובדים להסדר הביטוח הינה וולונטרית, על פי הסכמה מפורשת של העובד מראש בכפוף לתנאים שלהלן.

3.1.2 הצטרפות בני/בנות זוגם של העובדים וילדיהם או נכדיהם, הינה וולונטרית, לאחר שניתנה הסכמה של העובד מראש בכתב, בכפוף לתנאים שלהלן.

3.1.3 האמור בסעיפים 3.1.1 ו-3.1.2 שלעיל אינו חל על הרובד הבסיסי בפוליסה, אשר ממומן באופן מלא על ידי בעל הפוליסה עבור העובדים וילדיהם עד גיל 25, כולל שווי מס.

3.2 תנאי ההצטרפות לכל אחד מרבדי הביטוח

3.2.1 הצטרפות מבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם

3.2.1.1 כל המבוטחים שהיו כלולים במסגרת הסכם הביטוח

הקבוצתי הקודם שנוהל בכלל ביטוח והסתיים ביום 30.12.2013 (להלן: "הביטוח הקודם") יצורפו לביטוח זה בהתאם לרובדי הרשות בהם היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם, ברצף ביטוחי מלא. הביטוח על פי פוליסה זו, עבור מבוטחים אלה, יכנס לתוקפו ביום 31.12.2013. מבוטחים קיימים שהיו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם ויבקשו להרחיב את הכיסויים שנרכשו על ידם במסגרת הביטוח הקודם זכאים לעשות כן בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות בתוך 120 יום ממועד תחילתו של הסכם זה, למעט לרובד רשות ב' בפוליסה זו - כיסוי מחלות קשות כאמור בפרק יא', אשר רכישתו מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום בכל עת.

3.2.1.2 מובהר ומוצהר כי כל החרגה או סייג שחלו על עובד,

בן זוגו וילדיו בעת הצטרפותו לביטוח הקודם במסגרת הליך חיתום שבוצע על ידי המבטח יבוטל בחלוף 12 חודשים ממועד תחילתו של הסכם זה.

3.2.1.3 המבטח ימסור למבוטחים לפני מועד תחילת הביטוח,

הודעה בכתב הכוללת את השינויים שיחולו בפוליסה הקבוצתית. אם במהלך 90 הימים שלאחר מועד תחילת הביטוח הודיע המבוטח למבטח על ביטול הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל ממועד תחילת הביטוח, ובלבד

שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה זו בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 90 הימים כאמור.

3.2.2 הצטרפות מבוטחים חדשים

3.2.2.1 עובדים שיחלו את עבודתם אצל בעל הפוליסה לאחר

מועד תחילת ההסכם (להלן **"עובדים חדשים"**), בני זוגם וילדיהם עד גיל 25 שנה, אשר יבקשו בכתב להצטרף לביטוח תוך 120 יום ממועד תחילת עבודתם 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', למעט רובד רשות ב' בפוליסה זו - כיסוי מחלות קשות כאמור בפרק יא', אשר רכישתו מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום בכל עת. יובהר כי לא יינתן כיסוי עבור מקרה ביטוח שאירע טרם הצטרפות לביטוח. מובהר כי עובדים וילדיהם עד גיל 25 מצורפים לרובד הבסיסי בביטוח, ללא צורך במילוי טופס בקשה להצטרפות לביטוח, במימון בעל הפוליסה כולל גילום מס.

3.2.2.2 הצטרפות של בן/בת זוג חדש

בן/בת זוג אשר ת/ינשא לעובד - מבוטח, וילדיו/ה עד גיל 25 שנה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח תוך 120 יום ממועד הנישואין (להלן **"תקופת הצטרפות לבני זוג חדשים"**), או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של העובד, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, בכפוף לסייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב', למעט לרובד רשות ב' בפוליסה זו - כיסוי מחלות קשות כאמור בפרק יא', אשר רכישתו

מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום בכל עת. יובהר כי לא יינתן כיסוי עבור מקרה ביטוח שאירע טרם הצטרפות לביטוח.

3.2.2.3 עובדים שהחלו את עבודתם אצל בעל הפוליסה לפני מועד תחילת הסכם זה, בני זוגם וילדיהם עד גיל 25, אשר לא הצטרפו להסכם הביטוח הקודם יהיו זכאים להצטרף לביטוח תוך 120 יום ממועד תחילתו של הסכם זה בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, בכפוף לסייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב' להסכם זה, למעט רובד רשות ב' בפוליסה זו - כיסוי מחלות קשות כאמור בפרק יא', אשר רכישתו מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום בכל עת. להסרת ספק, עובדים, בני זוגם וילדיהם עד גיל 25 אשר נדחו מהביטוח הקודם בהליך של חיתום שבוצע על ידי המבטח אינם זכאים להצטרף לביטוח עפ"י הסכם זה, אלא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

כמו כן, מובהר כי עובדים, בני זוגם וילדיהם אשר התחילו בהליך של חיתום במהלך תקופת הביטוח הקודם, יחויבו להשלים את הליך החיתום אצל המבטח. במידה והליך החיתום יושלם, כולל החזרת טופס פרטי החיתום כשהוא חתום על ידי המבוטח לידי המבטח עד ליום 30.4.2014, ההחרגות שנקבעו למבוטחים אלו על ידי המבטח יחולו במשך 12 חודשים בלבד ממועד הצטרפותם לביטוח.

3.2.3 צירוף תינוק לביטוח, צירוף ילד מאומץ:

3.2.3.1 תינוק של מבטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר

תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 120 יום מיום היוולדו, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם, למעט רובד רשות ב' בפוליסה זו - כיסוי מחלות קשות כאמור בפרק יא', אשר רכישתו מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום בכל עת והכיסוי הכלול בו כפוף לתקופת אכשרה כמפורט בפוליסה. תוקף הביטוח עבורו יכנס לתוקף במועד היוולדו. בחלוף תקופה זו הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה. יובהר כי התשלום בגין התינוק ישולם למפרע מיום הולדתו. למרות האמור לעיל, יובהר כי תינוק יצורף לרובד הבסיסי בביטוח הקבוצתי מיום היוולדו, ללא צורך במילוי טופס בקשה לצירופו לביטוח, ובלבד שצורף לרשימת המבוטחים בתוך עד 6 חודשים מיום לידת התינוק.

3.2.3.2 ילד מאומץ אשר תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 120 יום מיום אימוצו, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם, למעט רובד רשות ב' בפוליסה זו - כיסוי מחלות קשות כאמור בפרק יא', אשר רכישתו מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום בכל עת והכיסוי הכלול בו כפוף לתקופת אכשרה כמפורט בפוליסה. תוקף הביטוח עבורו יהיה במועד בו הוכר כילדו של העובד על פי חוק.

3.2.4 תנאי ההצטרפות של ילדי עובדים בגיל 25, בני זוגם וילדיהם

3.2.4.1 ילדים של עובדים שמלאו להם 25 שנה, בני/בנות זוגם וילדיהם (נכדי החברים) יהיו רשאים להצטרף לביטוח

זה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

3.2.4.2 ילדי מבטחים שצורפו לביטוח טרם מלאו להם 25 שנה ובמהלך תקופת הביטוח מלאו להם 25 ימשיכו להיות מבטחים במסגרת פוליסה זו.

3.2.4.3 צירוף נכדי חברים מותנה בצרוף שני הוריו של הנכד (כלומר ילדו של העובד ובן/ת זוגו, אם ילדי העובד גרושים, צרוף הנכד מותנה רק בצרוף ילדו של העובד).

3.2.5 עובדים ובני משפחתם אשר יבקשו להצטרף לביטוח לאחר תקופות ההצטרפות המצוינות לעיל, לפי העניין, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות, המצורפת לפוליסה זו, ותחול תקופת אכשרה כנקוב בכל אחד מפרקי הפוליסה. כאמור לעיל, ההצטרפות לרובד רשות ב' בפוליסה זו - כיסוי מחלות קשות כאמור בפרק יא', כפופה למילוי הצהרת בריאות וחיתום בכל עת.

3.2.6 למרות האמור בסעיפים 3.2.2 ו-3.2.5, עובד ו/או בן זוגו וילדיו וילדי ילדיו שיצטרפו לביטוח, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים להם היו זכאים, אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הקודם. לגבי סכומי ביטוח הגבוהים מסכומי הביטוח שהיו מבטחים קודם, או לגבי כיסויים ביטוחיים שלא נכללו בביטוח הקודם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות, המצורפת לפוליסה זו, ותחול תקופת אכשרה כנקוב בכל אחד מפרקי הפוליסה.

3.2.7 זכאות במהלך שירות צבאי סדיר

במהלך שירות צבאי סדיר, יהיה ילדו של מבטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו. 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.

3.2.8 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 תקופות האכשרה הנקובות בכל פרק.

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 ולבעל הפוליסה בכתב את המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח.

3.4 צירוף מבוטח

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

- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד;
- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו

או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

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

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

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

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.

א. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח, וכן מסמכים נוספים שיוזר 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.
- ב. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.
- ג. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבטח הוראות בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

5. תביעות

- 5.1 מבלי לפגוע בזכויות המבטוח על פי פוליסה זו, על פי כל דין, המבטוח יודיע למבטח על מקרה הביטוח מהר ומוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר למבטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה. המבטח ישלם למבטוח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו, או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף לאמור להלן.
- 5.2 במקרי ביטוח הבאים: השתלות וטיפולים בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות וטיפולים שלא בסל הבריאות, והוצאות רפואיות מיוחדות יפנה המבטח אל חברת הביטוח 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 על אף האמור בסעיף 5.2, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבטח 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.

5.4 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.

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

5.6 המבטח ישיב למבוטח תוך 7 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

5.7 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 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, למעט כיסוי ניתוחים משלים שב"ן למבוטחים שבחרו במסלול זה.

6.2 תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח

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

6.2.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

6.2.1.1 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.

6.2.1.2 כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך

7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לצורך קביעת חבותו.

6.2.1.3 במקרים דחופים, יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי

לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

6.2.2 השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם

6.2.2.1 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.

6.2.2.2 תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת

הקבלות המקוריות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.

6.2.3 הגשת קבלות למבטח

6.2.3.1 תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך

שהמבוטח המציא למבטח קבלות מקוריות המאשרות ששילם את התשלום בפועל.

6.2.3.2 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.

6.3 טיפולים רפואיים בחו"ל

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

6.4 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר

תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק פועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח, ובלבד שהתשלום הועבר לחשבון המבוטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.

6.5 פטירת מבוטח

6.6 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 לעיזבוננו של המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.

6.7 עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטח את בירור חבותו, לא יהיה המבטח חייב בתגמולי הביטוח.

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 מעבידו.

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 חלקו 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 ע"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 עובד משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי המבוטחים שהינם בן זוגו ו/או ילדיו. ביטול הביטוח של בן זוגו של

העובד או ילדיו לא יהווה ביטול הפוליסה של מבטוח שהינו עובד, אלא אם ביקש זאת העובד במפורש.

12. תום הביטוח ו/או הפסקתו

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

12.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטוח.

12.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את עבודתו אצל בעל הפוליסה.

12.1.3 היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטוח בכתב, על הפסקת הביטוח לגביו.

12.1.4 לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג - היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטוח על גבי קובץ כ"א וזאת על סמך הודעה בכתב של המבוטח על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג - ידועים בציבור.

12.2 הביטוח על פי פרק ו' יסתיים עבור כל מבטוח במלאת לו 70 שנה או לאחר תשלום מלוא תגמולי הביטוח, לפי המוקדם מביניהם, אף אם טרם הסתיימה תקופת הביטוח כפי שצוין לעיל.

12.3 הביטוח על פי פרק יא' יסתיים עבור כל מבטוח במלאת לו 70 שנה או לאחר תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה שני, לפי המוקדם מביניהם, אף אם טרם הסתיימה תקופת הביטוח כפי שצוין לעיל.

12.4 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 המבטוח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

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

13. המשכיות

13.1 סיום ההסכם או ביטולו

13.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבוטח, הפוליסה לא תחודש אצל מבטח אחר, לרבות מפאת גירושין, שבשלם מאבד המבוטח את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית, יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום ההסכם או ביטולו.

13.1.2 תגמולי הביטוח בפוליסת הפרט יהיו הדומים ביותר לאלו הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, אלא אם כן המבוטח ביקש המבוטח תגמולים פחותים.

13.1.3 דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 30% למשך 5 שנים מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי, בכפוף לגיל המבוטח בעת מימוש זכות זאת ולאחר מכן החל מהשנה השישית 10% לכל תקופת הביטוח.

13.1.4 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.

13.1.5 המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה.

13.1.6 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 13.1.1 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.

13.1.7 המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

13.1.8 למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות. סעיף זה הינו בכפוף להוראות סעיף 3.2.1.2 להסכם זה לעיל.

13.2 המשכיות הביטוח עקב סיום עבודתו אצל בעל הפוליסה

13.2.1 בוטל ביטוחם של העובד ו/או בן/ת זוגו וילדיו עקב סיום עבודתו אצל בעל הפוליסה, יהיו רשאים מבוטחים אלו לרכוש ביטוח רפואי הכולל כיסויים ביטוחים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה.

13.2.2 תגמולי הביטוח בפוליסת הפרט יהיו הדומים ביותר לאלו הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, אלא אם כן המבוטח ביקש המבוטח תגמולים פחותים.

13.2.3 דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 30% למשך 5 שנים מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי, בכפוף לגיל המבוטח בעת מימוש זכות זאת.

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

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

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

13.2.7 למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות. סעיף זה הינו בכפוף להוראות סעיף 3.2.1.2 להסכם זה לעיל.

13.3 המשכיות הביטוח עקב גירושין

בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של עובד עקב גירושין מעובד, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי העובד) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה, על פי התנאים המצוינים בסעיפים 13.2, וזאת בתוך 90 יום ממועד הגירושין.

13.4 בנוגע לביטוח הסיעודי - יובהר כי למרות האמור בסעיפים 13.1 - 13.3 לעיל, לגבי מבטח אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח סיעודיים לפי תנאי הסכם זה - פנייתו של המבטח למבטח תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבטח לתגמולי הביטוח, ובה יציע המבטח למבטח לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 יום ממועד הודעת המבטח, ובלבד שאותו מבטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לפי ההסכם הקבוצתי ואינו זכאי להמשיך להיות מבטח בהסכם קבוצתי זה.

13.5 להסרת ספק יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

13.6 פטירתו של עובד

מובהר כי שאריו של עובד שנפטר ימשיכו להיות מבטחים על פי תנאי פוליסה זו. זכויות המבטחים בתקופת חל"ת/חל"ד.

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

14. דמי הביטוח

14.1 הפרמיות החודשיות בשקלים חדשים עבור כל מבטח, הינן כמפורט בהסכם הביטוח. הפרמיות יוצמדו למדד הבסיס של ההסכם.

14.2 דמי הביטוח לכל מבטח לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה

או התאמת פרמיה כמפורט להלן), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.

15. תקופת הביטוח

15.1 תקופת ביטוח זו הינה 9 שנים החל מתאריך 31.12.2013 ועד 31.12.2022 (להלן "תקופת ביטוח ראשונה"), למעט הביטוח הסיעודי שיהיה בתוקף עד ליום 30.06.2015. בתום תקופה זו תחודש הפוליסה למעט הביטוח הסיעודי, לתקופת ביטוח נוספת בת 36 חודשים, בכפוף להסכמת המבטח ובעל הפוליסה ובתנאים כפי שיוסכמו בין הצדדים.

הביטוח הסיעודי כמפורט בפרק ז' 1 בפוליסה יסתיים בתאריך 30.06.2015 או במועד מאוחר יותר עליו יורה המפקח.

בתום תוקף הביטוח הסיעודי הקבוצתי, תופחת הפרמיה בסך של 1 ₪ עבור כל מבטח בוגר (ילדים עד גיל 25 לא תופחת הפרמיה בתום הכיסוי הסיעודי), או לרכוש כיסוי חלופי לכיסוי הסיעודי באותה עלות. עם סיום תוקף הביטוח הסיעודי יוצע למבטחים מעבר לביטוח סיעודי פרטי ברצף ביטוחי מלא בכפוף לתנאים הקבועים בפוליסה.

15.2 אם במועד חידוש הפוליסה יחול שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, 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 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 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 המבטח, והמבטח

הודיע למבטח במהלך 90 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח, יבטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 90 הימים כאמור.

15.4 מבטח אשר יגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב העדכון בכפוף לתנאים כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי כמפורט בסעיף 13.1.1.
15.5 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, יהיה המבוטח רשאי לפנות 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 למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

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

17.1 חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, למעט השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל בכפוף להוראות הפוליסה. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

17.2 למבוטחים השוהים בחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח, אשר משמעותה הינה כדלקמן:

במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל-25% מהפרמיה אשר היתה משולמת על ידו לו היה מבוטח רגיל.

עם שובו ארצה, יוכל המבוטח לשוב לביטוח תוך 90 יום ממועד חזרתו, וזאת בתנאי שיודיע למבטח עם שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא ויסדיר את תשלום הפרמיה במלואה.

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.

18.2 א. אם במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח, 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.

18.3 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.

"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.

ב. חלה על מבטח 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 למבטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

18.4 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.

18.5 מבוטח אשר יגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב השינוי כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי כמפורט בסעיף 13.1.

19. חובת בעל פוליסה

(1) **בעל הפוליסה מצהיר בזאת ומתחייב כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה, והוא מעביד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם.**

(2) **בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי הפוליסה לביטוח בריאות קבוצתי.**

(3) **בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כי ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.**

(4) **העברת מידע ונתונים על ידי בעל הפוליסה**

4.1. **עם תחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבטח רשימה, באמצעות פורמט כפי שיבוקש על ידי המבטח, הכוללת, בין היתר, את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, את המסלול בו בחרו, תאריך הצטרפותם לכל מסלול, תאריך תחילת עבודה, גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, כתובתם לרבות כתובת דוא"ל, מספרי הטלפון שלהם, סטטוס המבוטח (עובד, בן זוג, ילד וכו') וכל מידע אחר שיידרש על ידי המבטח (להלן: "הנתונים").**

4.2. **עד ליום 10 בכל חודש קלנדרי, ימסור בעל הפוליסה למבטח, רשימות באמצעות פורמט כפי שיבוקש על ידי המבטח, כמפורט להלן:**

4.2.1. **רשימה מבוטחים באותו חודש הכוללת את כל הנתונים, כהגדרתם בסעיף 6.1 לעיל.**

4.2.2. **רשימת מצטרפים חדשים לביטוח באותו חודש הכוללת**

את כל הנתונים, כהגדרתם בסעיף 6.1 לעיל.

4.2.3. רשימת מבטחים שהפסיקו להיות מבטחים באותו חודש עקב פרישה מהקבוצה.

4.2.4. מוסכם כי אם מחמת טעות שם של מבטח כלשהו יישמט מרשימת המבטחים, המבטח יתווסף לרשימה לאחר בירור אם יוכח כי אכן מדובר בטעות בלבד.

4.3. בעל הפוליסה יעביר למבטח את כל טפסי ההצטרפות של המצטרפים החדשים מיד לאחר קבלתם אצל בעל הפוליסה, לרבות הצהרות בריאות ככל שנדרש בהתאם להוראות הפוליסה, לאחר שמולאו ונחתמו כדין.

4.4. בעל הפוליסה יעביר אל המבטח, את דמי הביטוח, באופן מרוכז באמצעות העברה בנקאית או בשיק, וזאת בתוך 14 ימים ממועד קבלת דרישת תשלום מהמבטח. במידה ולא תועבר דרישת תשלום מהמבטח עד ליום 25 לחודש, בגין אותו חודש, יועברו דמי הביטוח כאמור עד ליום 10 בחודש הקלנדרי העוקב.

4.5. בעל הפוליסה מתחייב להודיע למבטח במקרה בו חובת תשלום דמי הביטוח מועברת מבעל הפוליסה למבטח, במלואה או בחלקה, לכל הפחות חודשיים מראש.

20. גבייה מיסים והיטלים

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

21. כפל ביטוח

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

22. התיישנות

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

23. חוק הביטוח

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

24. 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.

25. מקום שיפוט

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

26. שונות

- 26.1 בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך.
- 26.2 המבטח ישלח למבוטח לפי דרישתו, העתק מההסכם שבינו לבין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 26.3 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.

27. הטבות מיוחדות:

- 27.1 מבוטחים במסגרת הסכם זה זכאים לרכוש ביטוחי בריאות ו/או תאונות אישיות בפוליסות אישיות, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות. התשלום יהיה באמצעות הוראת קבע או כרטיס אשראי. מבוטחים אלו יזכו להנחה של 25% למשך 5 שנים. בנסיעות לחו"ל שיעור ההנחה יהיה 15% מתעריף החברה בכל נסיעה.
- 27.2 בני משפחה מורחבת של מבוטחים במסגרת הסכם זה (אחים, אחיות, הורים של עובד/ת או של בן הזוג) רשאים לרכוש ביטוחי בריאות ו/או תאונות אישיות בפוליסות אישיות, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות. התשלום יהיה באמצעות הוראת קבע או כרטיס אשראי. מבוטחים אלו יזכו להנחה של 20% למשך 5 שנים. בנסיעות לחו"ל שיעור ההנחה יהיה 10% מתעריף החברה בכל נסיעה.

רובד בסיסי

פרק ד' - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפרק "הוראות ותנאים כללים לביטוח", יחולו על פרק זה הגדרות הנוספות שלהלן:

1.1 "השתלה": כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, מעיים, קרנית וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שנלקחו מגופו של המבוטח, או מגופו של אדם אחר, ו/או של איבר אשר נלקח ממקור אחר במקומם, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים אחרים, 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.

ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח".

1.2 "ניתוח" - כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE), בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, לרבות ומבלי למצות באמצעות ליזר מכל סוג שהוא, או באמצעות גלי קול, גלי רדיו, או הלם אשר מטרתם מניעת מצב רפואי, מחלה או פגיעה ו/או טיפול במצב רפואי, מחלה או פגיעה או בסימפטומים של מחלה או פגיעה ו/או ריפוי מצב רפואי, מחלה או פגיעה ו/או אבחון מצב רפואי, מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון ומבלי למצות פנימיים (ENDOSCOPY - למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה.

1.3 טיפול מיוחד בחו"ל: כל טיפול רפואי לרבות טיפול רפואי המשלב ניתוח, 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 במחלה גידולית אחרת או במחלה אוטואימונית שעלולה לסכן את חיי המבוטח.

1.3.5 הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית אחרת בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:

1.3.5.1 הטיפול הרפואי אינו ניתן לביצוע בארץ או אינו מאושר לביצוע ע"י הרשות המוסמכת בישראל.

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 שיעור הנכות - כפי שיקבעו על פי המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15).

2. מקרה הביטוח:

2.1 מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ביצוע השתלה.

2.2 מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ביצוע ניתוח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

2.3 מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ביצוע טיפול מיוחד כהגדרתו לעיל, בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.

3. תנאי הביטוח:

3.1 חבות המבטח לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל או השתלה מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:

3.1.1 רופא מומחה בכיר בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע את הצורך בביצוע השתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח.

3.1.2 ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח מאושרים לביצוע ע"י הרשות המוסמכת בו הוא מבוצע ויבוצעו בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ.

3.1.3 ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח אינם מהווים טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.

3.1.4 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

3.1.5 מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

4. התחייבויות המבטח

4.1 סכום הביטוח

4.1.1 סכום ביטוח במקרה של השתלה:

4.1.1.1 מסלול שיפוי:

4.1.1.1.1 אם ההשתלה בוצעה בתאום עם המבטח,

יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 4.2 להלן (למען הסר ספק, תקרות הקבועות בסעיף 4.2 להלן, אם וככל שנקבעו, לא יחולו במקרה זה).

לעניין סעיף זה "בתאום עם המבטח" - המבוטח הודיע למבטח על הצורך בביצוע השתלה, ומסר למבטח את שם וכתובת ביה"ח בחו"ל בו הוא מעוניין לבצע את ההשתלה,

וכן פרטים נוספים הקשורים בניתוח ומצויים בידיעתו. ביצוע ההשתלה אושר מראש על ידי המבטח, וההתקשרות עם נותני השירות הרפואי, תאום הניתוח, והתשלום עבור ביצוע ההשתלה נעשו ישירות על ידי המבטח. (להלן **"בתאום עם המבטח"**).

4.1.1.1.2 במקרה של ביצוע ההשתלה שבהסכם שלא תואם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד ל-5,000,000 ₪ לכל השתלה, הגבוה מביניהם, ובהתאם לאמור בסעיף 4.2 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם וככל שנקבעו. **מובהר ומוסכם כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא שהמבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע ההשתלה, וניתנה לו זכות ראשונה לתאם את ההשתלה.**

4.1.1.2 מסלול פיצוי חד פעמי מיוחד:

המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי המקנה פיצוי כספי במקרה של צורך בביצוע השתלה במפורט להלן:

4.1.1.2.1 לעניין סעיף זה מקרה הביטוח, המזכה בפיצוי הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה על פי חו"ד של רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

4.1.1.2.2 מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו נקבע לראשונה על פי אבחנה רפואית מתועדת כי מצבו של המבוטח מחייב ביצוע השתלה.

4.1.1.2.3 המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪.

4.1.1.2.4 קבלת תגמולי ביטוח במסלול פיצוי מותנית בכך

שהמבוטח נרשם במרכז הארצי להשתלות ופנה למבטח לצורך תאום ההשתלה, וניתנה למבטח האפשרות להסדיר את ההשתלה עם קופת החולים ו/או השב"ן א נותן השרות בחו"ל לפי העניין.

4.1.1.2.5 על אף האמור לעיל, פיצוי לפי סעיף קטן

זה לא יחול על השתלת קרנית ועל השתלה עצמית של מח עצם.

4.1.2 למען הסר ספק, מובהר כי מבטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף

קטן זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 4.2 להלן.

4.1.3 סכום ביטוח במקרה של ניתוח בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל:

4.1.3.1 אם הטיפול המיוחד או הניתוח בוצע בתאום עם המבטח,

יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת

עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 4.2

להלן (למען הסר ספק, תקרות הקבועות בסעיף 4.2

להלן, אם וככל שנקבעו, לא יחולו במקרה זה).

4.1.3.2 במקרה של ביצוע הניתוח או הטיפול המיוחד שבהסכם

שלא תואם עם המבטח, הסכום המרבי הסכום המרבי

לשיפוי הנו ₪1,200,000 לכל מקרה ביטוח.

4.2 תגמולי הביטוח

4.2.1 הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות רפואיים בישראל ו/או

בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה

או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל.

4.2.2 הוצאות בגין טיפול רפואי:

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

4.2.3 הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושתל, קצירת האיבר המושתל, ו/או לביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (באיבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, ורישום במאגרים בחו"ל בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי חבותו של המבטח לאיתור מח עצמות לא תעלה על 200,000 ₪ למקרה ביטוח.

4.2.4 הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוזו ושהותו בבית החולים, לרבות ומבלי למצות שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, טיפול תרופתי, שתלים, אביזרים רפואיים וכל טיפול אחר הנדרש לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח או לצורך שיקומו, בהתאם להוצאות בפועל, בין אם האשפוז החל לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, ובין אם אחריו, לתקופה מרבית שלא תעלה על 365 ימים.

4.2.5 הוצאות שימוש בלב מלאכותי:

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

4.2.6 הוצאות צוות מנתח:

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

4.2.7 הוצאות טיסה של המבוטח ומלווה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה למבוטח ולמלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, בהתאם להוצאות בפועל. אם גילו של המבוטח נמוך מ 18 שנה ישפה המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה למבוטח ולשני מלווים. במקרה של ניתוח בחו"ל הוצאות טיסה כמפורט בסעיף זה יכוסו בגין המלווים כאמור לעיל רק בגין ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 7 ימים.

4.2.8 הוצאות ליווי רופא בטיסת המבוטח:

בנוסף לאמור בסעיף 4.2.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה) והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

4.2.9 הוצאות הטסה רפואית:

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

4.2.10 הוצאות העברה יבשתית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח, בהתאם להוצאות בפועל. למען הסר ספק, יובהר כי המבטח יכסה גם הוצאות הנובעות מהעברה באמבולנס, אם הדבר נדרש לפי צורך רפואי.

4.2.11 הוצאות מגורים וכלכלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע הניתוח או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה של המבוטח בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של 800 ₪ ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה 1,200 ₪ לכל יום. מובהר כי

חבות המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי. במקרה של ניתוח בחו"ל הוצאות מגורים וכלכלה כמפורט בסעיף זה עבור המלווים יכוסו בגין ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 7 ימים.

הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או מביצוע הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל ועד סכום הביטוח המרבי. הכול ובתנאי שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל ו/או אם ישנה חו"ד של רופא מומחה בכיר בישראל הסוברת שאי ביצועו בחו"ל עלול לסכן את בריאותו המבוטח.

4.2.12 המשך טיפול בישראל

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי מכל סוג שהוא שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד הטיפול בחו"ל, עד לסכום של 100,000 ₪.

4.2.13 הוצאות הטסת גופה:

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

4.2.14 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל

או לביצוע טיפול כתחליף לטיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל:

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה - עד 150,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח.

4.2.15 גמלת החלמה לאחר השתלה:

4.2.15.1 בנוסף לחבות המבטח על פי האמור בסעיף 4.1.1 לעיל, המבטח ישלם למבוטח שעבר השתלה במהלך תקופת הביטוח, תשלום חודשי של 7,000 ₪ מיום ביצוע ההשתלה ולמשך תקופה בת 24 חודשים.

4.2.15.2 גמלה על-פי סעיף 4.2.15.1 לא תשולם למבוטח שעבר השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית, אלא אם המבוטח נמצא במצב של אובדן כושר עבודה מוחלט, וכל עוד הוא נמצא במצב זה, ועד לתקופה המרבית הקבועה לעיל. לעניין סעיף זה, "אובדן כושר עבודה מוחלט" - מצב בו המבוטח אינו מסוגל לעבוד או לעסוק במקצוע ו/או בעיסוק בו עסק טרם ביצוע ההשתלה, בשיעור העולה על 75% עקב מצבו הרפואי, על פי קביעתו של רופא תעסוקתי.

4.2.15.3 אם אושרה תביעתו של המבוטח לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, והמבטח נמצא במצב של אובדן כושר עבודה כמוגדר לעיל, יהיה זכאי המבוטח לבקש הקדמת תשלום הגמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, הכול ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על 24 חודשים בסך הכול.

4.2.15.4 נפטר המבוטח כתוצאה מביצוע ההשתלה או מהטיפול המיוחד במהלך תשלום הגמלה, יהיו יורשיו החוקיים זכאים לקבלת יתרת תשלומי הגמלה המפורטים לעיל, בתשלום אחד, מיד לאחר פטירתו וכן לפיצוי של 50,000 ₪.

5. הגבלה לחבות המבטח

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יכסה על פי פרק זה:

5.1. טיפולים ו/או ניתוחים ניסיוניים ו/או ניתוחים הדורשים אישור מיוחד

לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.

5.2. טיפולי הפריה חוץ גופית או פריון לסוגיהם.

פרק ה' - תרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול תרופתי, אשר מתקיים על פי אחת מהגדרות הבאות:

1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

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

1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה ממומנת ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח או אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות 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 II
- ב. חוזק הראיות ((Strength Of Evidence נמצאת בקטגוריה A או B
- ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או II a
4. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה-National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
א. NCCN
ב. ASCO
ג. NICE
ד. ESMO Minimal Recommendation

1.4. תרופות יתום

התרופה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הוכרה כ"תרופת יתום" באחת המדינות המוכרות עפ"י הקריטריונים שנהוגים ב-E.M.E.A או ה-F.D.A, לפי העניין.

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 שני חודשי טיפול, נמצאה כיעילה לטיפול במצבו

הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור

נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה

חודשי טיפול ועד 36 חודשים בסה"כ או עד קבלת מלוא

סכומי הביטוח המוקנים למבוטח במסגרת כיסוי זה

כמפורט בפרק זה, לפי הנמוך מביניהם.

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 ₪ 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 יישא בהשתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים לכל היותר בחודש, מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מהשתתפות עצמית לתרופות שעלותן מעל 250 ₪.

5.2. אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

5.3. עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיו, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

6. טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות

6.1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו ביצוע טיפול רפואי או בדיקה 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 50% ועד 50,000 ₪ עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור לכל תקופת הביטוח.

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 ולטיפול שיניים.
- 7.3. טיפולים ברפואה משלימה חומרים לצורך טיפולים ברפואה משלימה, תוספות מזון וויטמינים. למרות האמור, המבטח יישא בעלות טיפול תרופתי המשלב תוספות מזון וויטמינים לצורך טיפול במחלת הסרטן עד 10% מסכום הביטוח המירבי.
- 7.4. טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת, אין אונות.
- 7.5. חיסונים לצורך מניעת מחלה.
8. הגדרות לצורך פרק זה:
 - 8.1. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
 - 8.2. **מרשם** - מסמך רפואי החתום על-ידי רופא בית חולים או על ידי רופא מומחה בתחום הרלבנטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר בתחילת הטיפול וכל 3 חודשים במהלך הטיפול את הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על-פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
 - 8.3. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלבנטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת סטאז').

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

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.

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

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

3. **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** - אי ספיקת כבד פתאומית חריפה, באדם בריא, או 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 לפחות 4 מהסימנים הבאים:

- א. הקטנה חדה בנפח הכבד;
- ב. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
- ג. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
- ד. צהבת, מעמיקה;
- ה. דמום בלתי נשלט;

4. **אי ספיקת כליות סופנית (Chronic Renal Failure) - חוסר תפקוד**
כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאלזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.
5. **אנמיה אפלסטית חמורה (Aplastic Anemia) - כשל של מוח**
העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נוירופניה 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-סופר סיביים);
 4. השתלת מוח עצם.
6. **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או אם לא ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.**
7. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.**
8. **דלקת מוח (Encephalitis) - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק נוירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.**
9. **השתלת איברים (Organ Transplantation) - לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מעי, מוח עצמות - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגופ של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.**

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

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

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

12. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי 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 נוירולוג מומחה.

13. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימוית 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 או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

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

א. צהבת;

ב. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

ג. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

ד. אנצפלופטיה כבדית;

ה. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול

מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.

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

מחלת ריאות חסימתית כרונית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה, ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה, או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;

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

16. ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) - עדות

לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.

17. ניתוח גדול - ביצוע 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 אחריו אושפז המבוטח 7 ימים ברציפות.

18. סוכרת נעורים מסוג DIABETES - ELLITUS - סוכרת נעורים

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

19. סרטן (Cancer) - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי

מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר שכל

גידול של תאים ממאירים המחייב טיפול הקרנתי או כימותרפי, יכוסה על פי סעיף זה.

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

21. **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.

22. **פגיעה מוחית מתאונה (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).

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

24. **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.

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

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

27. **שבץ מוחי (CVA) - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות** נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.
28. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).**
29. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) - נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבטח.**
30. **תרדמת (COMA) - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.**
31. **תשישות נפש (Dementia) - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבטח 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.**
32. **נכות צמיתה עקב מחלה - נכות צמיתה, עקב מחלה מסוימת שאינה מצוינת לעיל, שאירעה או התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, ועקב המחלה כאמור גובשה נכות בשיעור של לפחות 75% לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15). למרות האמור לעיל נכות זמנית לתקופה העולה 12 חודשים, תיחשב כנכות צמיתה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה. מובהר כי אם נקבעה למבטח 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).

הגדרות 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 לסך 50,000 ₪ עבור טיפולים הרפואיים כמפורט להלן, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. במקרה של גילוי מחלת הסרטן סכום הביטוח המרבי יהיה 100,000 ₪.

3.2 במקרה של ביצוע ניתוח גדול והמבוטח אינו זכאי לשיפוי על פי סעיף אחר על פי פרק זה, סכום הביטוח המירבי יהיה 10,000 ₪.

3.3 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.

3.4 הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו - כל טיפול או שירות רפואי לרבות ומבלי למצות עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים 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 ופזיותרפיה, אביזרים רפואיים, מושטלים וחיצוניים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות.

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 תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים, עבור כל אחד מהמבוטחים, במלאת לו 70 שנה או עם תשלום מלוא סכום תגמולי הביטוח הנקובים בפרק זה לעיל, לפי המוקדם מביניהם.

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.

1.3 תגמולי הביטוח

המבטח יישא בתגמולי הביטוח עבור בדיקות רפואיות אבחוניות, בניכוי השתתפות עצמית בשיעור של 20% מעלות הבדיקה האבחונית, או 150 ₪ לכל בדיקה, לפי הגבוה מביניהם, עד תקרה של 20,000 ₪ לבדיקה ולא יותר מסך של 80,000 ₪ לכל תקופה של 3 שנים שתחילתן במועד תחילת הסכם זה.

1.4 תנאי לחבות המבטח

חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית בכך שניתנה למבוטח המלצה מאת רופא שהנושא הנבדק הוא בתחום מומחיותו.

1.5 חוות דעת נוספת

מבוטח אשר עבר בדיקת אבחון, בין אם על פי פוליסה זו ובין אם לא, יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור חוות דעת נוספת לפענוח ממצאי הבדיקה. אם בתוצאות הבדיקה התגלו ממצאים שאינם תקינים, יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח עבור עד ארבע התייעצויות עם רופאים מומחים במהלך 3 חודשים ממועד קבלת ממצאי הבדיקה. השתתפות המבטח הינה בשיעור 80% ועד ל 1200 ₪ עבור כל התייעצות כאמור.

1.6 חריגים

מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות לנשים בהריון ובדיקות גנטיות הקשורות בהריון, ובדיקות סקר תקופתית ללא הפניה או המלצה מאת רופא אשר הנושא בתחום מומחיותו.

2. חו"ד שניה עם רופא מומחה

2.1. מקרה הביטוח

חוות דעת שנייה שהתקבלה מאת רופא מומחה במהלך תקופת הביטוח.

2.2. זכאות לתגמולי ביטוח

מובהר ומוצהר כי הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח בגין חו"ד שניה עם רופא מומחה מותנית בכך שהמבוטח קיבל חו"ד ראשונית ע"י רופא מומחה שהנושא הנבדק הינו בתחום מומחיותו, טרם קבלת חוות הדעת השנייה.

2.3. סכום הביטוח

2.3.1. המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מעלות ההתייעצות, אך לא יותר מ-1200 ₪ לכל התייעצות. הזכאות לתגמולי ביטוח מותנית בכך שהמבוטח פנה תחילה לשב"ן בו הוא חבר למיצוי זכאותו. אם השב"ן השתתף בעלות ההתייעצות, אזי שיער ההחזר יחושב מההפרש שבין עלות ההתייעצות לבין השתתפות השב"ן. אם השב"ן לא השתתף בעלות מסיבה כלשהי, יחושב ההחזר מהעלות בפועל.

2.3.2. המבוטח יהיה זכאי לעד שלוש התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.

3. תנאים מיוחדים לעובדים ובני משפחותיהם המבוטחים על פי פוליסה זו.

מבוטח אשר פנה לקבלת שרותי יעוץ ובדיקות אבחון במסגרת בית חולים אסותא יהיה זכאי לקבלת השירותים, כאמור בסעיף 2 לעיל, ללא צורך בתשלום השתתפות עצמית.

4. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

4.1. מקרה הביטוח

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

4.2. חבות המבטח

4.2.1. 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.

4.2.2. תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של

הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.

4.2.3. חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת

חוות הדעת כאמור.

4.3. תגמולי הביטוח

4.3.1. המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות כאמור בשיעור של

80% מן הסכום אותו שילם המבוטח בפועל עבור ההתייעצויות,

אך לא יותר מ 4,390 ₪ בכל תקופת הביטוח.

4.3.2. 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 915 ₪

לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות, אחת לכל תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח עבור מבוטחים

שהצטרפו לאחר תק' ההצטרפות הנקובה בפרק תנאים כלליים.

פרק ז' 1 - ביטוח סיעודי

1. הגדרות

- 1.1. **"ליקוי"** - ליקוי גופני, הנובע ממחלה ו/או מתאונה.
- 1.2. **"תשלום גמלת סיעוד"** - התשלום החודשי למבוטח אשר עונה על הגדרת "בעל צורך סיעודי", כמפורט בסעיף 2 להלן, בסכום ובשיעורים המפורטים בסעיף 3 להלן.
- 1.3. **"מקרה הביטוח"** - היות המבוטח "בעל צורך סיעודי".

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח יוגדר כאחד משני האירועים הבאים לפחות:

- 2.1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או שתיים מתוך 6 הפעולות בלבד כשאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים:
 - א. **לקום ולשכב**: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.
 - ב. **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.
 - ג. **להתרחץ**: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
 - ד. **לאכול ולשתות**: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
 - ה. **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.

1. **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, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

2.2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב **"תשישות נפש"** שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום ו/או פסיכיאטר גריאטרי. לעניין זה, **"תשישות נפש"** - 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. הגדרות אלו מיטיבות עם המבוטח.

3. חבות המבטח לתשלום גמלת הסיעוד

3.1. המבטח ישלם למבוטח או לבא כוחו את גמלת הסיעוד כמפורט להלן:

3.1.1. תשלום גמלת הסיעוד יבוצע לאחר תקופת המתנה של 60 יום.
יובהר, כי בתום תקופת ההמתנה תשלום גמלת הסיעוד יבוצע
טרוראקטיבית מתחילת תקופת ההמתנה.

3.1.2. תשלום גמלת הסיעוד יבוצע כל עוד המבוטח הנו "בעל צורך
סיעודי" ועד תקופה מרבית של 60 חודשים.

3.1.3. גובה גמלת הסיעוד החודשית יהא בסך 5,490 ₪ למבוטח.
בכפוף למפורט להלן:

3.1.3.1. למבוטח שאינו יכול לבצע 2 מתוך 6 הפעולות, כמוגדר
בסעיף 2.1 לעיל, כשאחת מהן היא אי שליטה על סוגרים
- 100% מסכום הגמלה החודשית.

3.1.3.2. למבוטח שאינו יכול לבצע 3 או יותר מתוך 6
הפעולות, כמוגדר בסעיף 2.1 לעיל - 100% מסכום
הגמלה החודשית.

3.1.3.3. למבוטח שהינו בעל צורך סיעודי כמפורט בסעיף 2.2
לעיל - 100% מסכום הגמלה החודשית.

3.1.3.4. למען הסר ספק, מבוטח אשר ירחיב את הכיסוי
באמצעות רבדים נוספים, כמפורט בסעיף 7 דלהלן,
תהא גמלת הסיעוד סכום של הגמלה המפורטת לעיל,
בצירוף הרחבת הרבדים הנוספים שהוסיף המבוטח.

3.2. **תביעה חוזרת** - למרות האמור לעיל, אם קרה מקרה הביטוח תוך 12
חודשים מתום התקופה שבגינה שילם המבטח את גמלת הסיעוד, ישלם
המבטח גמלת הסיעוד מיום קרות מקרה הביטוח האמור, ללא צורך
בתקופת המתנה נוספת.

3.3. תשלום גמלת הסיעוד יופסק או במות המבוטח או אם פסק המבוטח
מלהיות "בעל צורך סיעודי" או בתום 60 חודשי תשלום.

- 3.4. **שיפוי לשיקום** - מבוטח אשר הוגדר כסיעודי וזכאי לפיצוי על פי נספח זה יהא זכאי להחזר ההוצאות שיוצאו בגין פעולות שיקומו, ועד לסך מקסימלי של 36,600 ₪. ההחזר יינתן בכפוף להמצאת קבלות מקוריות.
- 3.5. שחרור מתשלום דמי ביטוח - המבוטח ישוחרר מתשלום דמי הביטוח החודשיים המשולמים עבורו בגין הכיסוי הסיעודי במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.

4. הגבלת אחריות המבטח

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח ועל כל נספחיו ועל נספח זה בתוכם, יחולו על נספח זה, החריגים הנוספים הבאים:

4.1. המבטח לא יהא אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח אם בעת קרות מקרה הביטוח:

4.1.1. אם המבוטח הוא ילד עד גיל 25, יוחרגו לגביו מצבים רפואיים בהם אי היכולת לבצע את פעולת ה-ADL הנה טבעית בהסתמך על מצבו ההתפתחותי של המבוטח, בהתאם לגילו, זאת עפ"י חו"ד רפואית מוסמכת של סגן מנהל או מנהל מחלקה בתחום הרלוונטי.

4.1.2. המבוטח מאושפז בבית חולים ו/או בכל מוסד אחר בין שיקומי ובין סיעודי לצורך ריפוי ו/או שיקום.

4.2. המבטח לא יהא אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח אם בעת קרות מקרה הביטוח התקיימו אחד מהסעיפים שלהלן:

4.2.1. במקרה של צורך סיעודי תוך תקופת ההיריון ו/א והלידה, תסתיים תקופת ההמתנה בכל מקרה לאחר תום החודש השלישי שלאחר הלידה ורק אחרי מועד זה תחל חבות המבטח.

4.2.2. אשפוז מבוטח המצוי במצב סיעודי:

4.2.2.1. במקרה ומבוטח נמצא במצב סיעודי ומאושפז בבית

חולים לצורך טיפול רפואי, למעט אם טרם אשפוזו

בבית החולים החל המבוטח לקבל גמלה על פי פרק זה.

4.2.2.2. במקרה והמבוטח נמצא במצב סיעודי ומאושפז במחלקה רגילה (שאינה סיעודית) בבית חולים, לרבות שיקום, למעט אם טרם אשפוזו בבית החולים החל המבוטח לקבל גמלה על פי פרק זה.

4.2.3. הפיכת המבוטח לבעל צורך סיעודי כתוצאה מהתמוטטות עצבים או ממחלת נפש או מליקוי נפשי אחר שאין לו קשר להשתנות אורגנית שאירעה למבוטח.

5. תביעות ותשלומי המבטח

5.1. בעל הפוליסה או המבוטח או בא כוחו (להלן: "המודיע"), חייב למסור למבטח הודעה בכתב על הליקוי שגרם לצורך הסיעודי סמוך ככל האפשר למועד קרות מקרה הביטוח.

5.2. עם קבלת הודעה כאמור אצל המבטח, יעביר המבטח למודיע את הטפסים הדרושים למילוי כתב התביעה ולמילוי הדוח של הרופא המטפל במבוטח. טפסים אלו, לאחר שימולאו כנדרש יש להחזיר למבטח תוך חודש ממועד קבלתם. בעל הפוליסה או המבוטח יהיה חייב להמציא למבטח את כל המסמכים הרלבנטיים האחרים הדרושים למבטח באופן סביר לשם בירור מקרה התביעה. כן יהיה המבטח רשאי לנהל כל חקירה ולהעמיד את המבוטח לבדיקה על ידי רופא/ה או אח/ות או מרפא/ה בעיסוק מטעמו. חובות בעל הפוליסה והמבוטח וזכויות המבטח כאמור לעיל בסעיף קטן זה יעמדו בתוקפן הן לפני אישור התביעה והן במשך כל תקופת תשלום גמלת הסיעוד.

5.3. על אף האמור לעיל, אם אושר המבוטח כבעל צורך סיעודי במסגרת פוליסת ביטוח אחרת, ו/או על ידי המוסד לביטוח לאומי, יכיר המבטח באישור זה, בתנאי שתנאי הזכאות שנבדקו זהים לתנאי הזכאות על פי הסכם זה.

5.4. לאחר מילוי כל הדרישות של סעיף זה לשביעות רצון המבטח, יקבל המבטח תוך 30 יום החלטה בדבר תשלום גמלת הסיעוד למבוטח ויודיע על כך למודיע ולמבוטח. אם ההחלטה היא חיובית, ישלם המבטח את התשלומים כאמור החל מתום תקופת ההמתנה, בכפוף לאמור בסעיף 3. התשלומים יעשו נגד אישור קבלה של המבוטח או בא כוחו, שבה הוא מאשר את קבלת הסכום ואת עובדת היות המבוטח עדיין "בעל צורך סיעודי".

5.5. במות המבוטח חייב בעל הפוליסה או המוטב להודיע על כך למבטח.
5.6. תשלומי תגמולי הביטוח לפי נספח זה מותנים בקיום תנאי סעיף זה על ידי המבוטח ועל ידי כל אדם שחייב לעשות כל פעולה על פי סעיף זה.

6. איסור התניה על כיסוי לביטוח סיעודי

מבטח לא יתנה ביטול של כיסוי ביטוחי כלשהו בביטול של כיסוי לביטוח סיעודי קבוצתי, כלומר פוליסה לביטוח סיעודי תתבטל לגבי מבוטח מסויים רק אם ביקש לבטל את הכיסוי הסיעודי.

7. רבדים נוספים לכיסוי הביטוחי על פי נספח זה

7.1. בנוסף לכיסוי המפורט בנספח זה המקנה גמלת סיעוד כמפורט בסעיף 3.1 לעיל, תינתן למבוטח עד גיל 65 אפשרות לרכוש באופן וולונטרי, רובדי כיסוי נוספים ביחידות פיצוי נוספות בסך 1,220, לחודש, הן לתקופת פיצוי מקסימאלית בת 60 חודשים והן, לכל החיים.

7.2. למבוטח עד גיל 65, תינתן האפשרות לרכוש את היחידות הוולונטריות הנ"ל באופן משולב, הן ע"י הגדלת תקופת הפיצוי עפ"י סעיף 3.1 לכל החיים והן, ע"י הוספת יחידות כאמור בסעיף 7.1 ל-60 חודשים או לכל החיים. ניתן יהיה לרכוש עד 5 יחידות נוספות בנות 1,220 ש"ח כל אחת, בכל אחת מהאפשרויות הנ"ל.

7.3. רכישת היחידות הנוספות כאמור לעיל תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום ואישור המבטח לבטחו.

7.4. התנאים אשר יחולו על יחידות הפיצוי הנוספות יהיו על פי תנאי נספח זה.

רובד רשות א'

פרק ח' - ניתוחים בארץ

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפרק "הוראות ותנאים כללים לביטוח", יחולו על פרק זה הגדרות הנוספות שלהלן:

1.1. "מנתח" - רופא אשר הוסמך ואושר כרופא מומחה מנתח על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח.

1.2. "מנתח הסכם" - מנתח כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל, אשר קשור או אשר יתקשר בהסכם עם המבטח, ושמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם המתעדכנת מעת לעת. הרשימה תהיה זהה לרשימת מנתחי ההסכם הרחבה והטובה ביותר הקיימת בפוליסת פרט כלשהי אצל המבטח.

1.3. "מנתח שאינו בהסכם" - מנתח כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל אשר אינו מנתח הסכם כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל.

1.4. "רופא מרדים" - כהגדרתו בפרק "הוראות ותנאים כללים לביטוח".

1.5. "רופא מרדים הסכם" - רופא מרדים כמוגדר בסעיף 1.4 לעיל, אשר קשור או אשר יתקשר בהסכם עם המבטח, ושמו מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם המתעדכנת מעת לעת. הרשימה תהיה זהה לרשימת הרופאים המרדמים שבהסכם הרחבה והטובה ביותר הקיימת בפוליסת פרט כלשהי אצל המבטח.

1.6. "רופא מרדים שאינו בהסכם" - רופא מרדים כמוגדר בסעיף 1.4 לעיל אשר אינו רופא מרדים הסכם כהגדרתו בסעיף 1.5 לעיל.

1.7. "יעוץ לפני ניתוח" - ייעוץ עם רופא מומחה, הניתן למבטח לפני ביצוע הניתוח ובקשר לביצוע הניתוח, לרבות ומבלי למצות בקשר לצורך בביצוע ניתוח.

1.8. "חדר ניתוח" - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.

1.9. "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או המוכר כאח/אחות במקום ביצוע הניתוח.

1.10. שתל, אביזר מושתל, תותב: כל אביזר או איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי (או חלק מהם) ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות, או כל חומר המוגדר על פי משרד הבריאות כאביזר רפואי 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 פרק זה.

1.11. "ניתוח" - כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE), בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, לרבות ומבלי למצות באמצעות לייזר מכל סוג שהוא, או באמצעות גלי קול, גלי רדיו, או הלם אשר מטרתם אבחון, מניעה, טיפול, ריפוי מצב רפואי, מחלה או פגיעה או בסימפטומים שלהם או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון ומבלי למצות פנימיים (ENDOSCOPY - למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה.

1.12. "הוצאות אשפוז" - סך ההוצאות הממשיות הנובעות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.

1.13. "הוצאות חדר ניתוח" - כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, ובכלל זה אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.

1.14. "טיפול חלופי לניתוח" - טיפול שאינו ניתוח כהגדרתו בסעיף 1.11, אשר

על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע או למנוע ביצועו.

1.15. "אבזר רפואי" - כל מכשיר או אבזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מחלה, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי.

ההגדרות שלעיל הנוגעות לפרוצדורות רפואיות נוסחו באופן המיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 20/2004: הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.

2. מקרה הביטוח

ביצוע ניתוח במהלך תקופת הביטוח

3. תגמולי הביטוח

3.1. המבטח ישלם לנותן שירות שבהסכם עימו, באופן מלא וישיר, את ההוצאות המפורטות להלן הנדרשות בפועל בגין מקרה הביטוח.

יובהר כי אם המבוטח נדרש לשלם לנותן השירות תשלום נוסף עבור שירותי ניתוח ואשפוז אשר אינם כלולים בהסדר שבין המבטח לנותן השירות, ישפה המבטח את המבוטח בעלות אותה שילם המבוטח עבור שירותים אלה. אם בוצע הניתוח ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, ישפה המבטח את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 4 להלן אותם שילם המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח. למרות האמור אם בוצע הניתוח ע"י מנתח שאינו בהסכם עם המבטח, ישפה המבטח את המבוטח 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.

3.2. ביצוע ניתוח בבי"ח פרטי בהשתתפות קופ"ח:

המציא המבוטח למבטח כתב התחייבות (טופס 17) מטעם קופת החולים

בה הוא חבר, לכיסוי מלא או חלקי של הוצאות ניתוח המכוסה על פי הסכם זה בבית חולים פרטי, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בגובה 50% מההוצאות הנחסכות למבטח בגין הניתוח.

3.3. ביצוע ניתוח בבית חולים ציבורי ללא השתתפות המבטח

3.3.1. אם בחר המבוטח לבצע ניתוח אלקטיבי בבית חולים ציבורי ללא השתתפות המבטח, ישלם המבטח למבוטח פיצוי בסך 900 ₪ לכל יום אשפוז החל מיום ביצוע הניתוח ועד 21 יום, או 50% מעלות מנתח שבהסכם עם המבטח בגין ניתוח דומה, הגבוה מביניהם.

3.3.2. הגדרת "יום אשפוז" לצורך סעיף זה תהא יממה בת 24 שעות שתחילתה הינה במועד ביצוע הניתוח. מניית ימי האשפוז, בכל אשפוז שבו שהה המבוטח במהלך לילה אחד לפחות בבי"ח, תיעשה על פי מספר לילות האשפוז.

3.3.3. על אף האמור בפרק הוראות ותנאים כלליים, המבוטח לא ימציא למבטח במקרה זה קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום ההוצאות.

3.3.4. מובהר כי מבוטח אשר יבצע ניתוח ללא השתתפות המבטח במימון הניתוח יהא זכאי לכיסוי השירותים המפורטים בסעיפים 4.8, 4.10, 4.11, ו-5, וזאת מבלי לגרוע מזכאותו לפיצוי האמור בסעיף 3.3.1 לעיל.

4. עלות שירותי ניתוח ואשפוז ושירותים נלווים לכל מקרה ביטוח

4.1. התייעצות עם רופאים מומחים לפני ניתוח:

4.1.1. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת לפני ניתוח עם הרופא המנתח, והתייעצות אחת עם רופא מרדים. סכום הביטוח בגין התייעצות עם הרופא המבצע את הניתוח או עם רופא מרדים שהינם בהסכם עם המבטח, יהיה בהתאם להוצאות בפועל.

4.1.2. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת לפני ניתוח, עם רופא שאינו

מבצע את הניתוח. סכום הביטוח יהיה בסכום ההוצאות בפועל ועד 1,200 ₪ להתייעצות.

4.1.3. 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 מסכום הביטוח כמפורט לעיל בגין כל התייעצות.

4.2. התייעצות עם המנתח לאחר הניתוח

המבוטח זכאי להתייעצות אחת אחרי הניתוח עם רופא שביצע את הניתוח. סכום הביטוח בגין התייעצות עם הרופא המבצע את הניתוח אשר בהסכם עם המבטח, יהיה בהתאם להוצאות בפועל. סכום הביטוח בגין התייעצות עם הרופא המבצע את הניתוח, אשר אינו בהסכם עם המבטח, יהיה עד ל-1,200 ₪.

4.3. שכר מנתח

4.3.1. בוצע הניתוח על ידי מנתח הסכם, המבטח ישלם את ההוצאות ישירות למנתח.

4.3.2. בוצע הניתוח על ידי מנתח שאינו בהסכם, המבטח ישפה את המבוטח בסכום ההוצאות בפועל, ולא יותר מהסכום הגבוה ביותר שהיה משלם המבטח למנתח הסכם עבור ביצוע אותו ניתוח, או עלות שכר מנתח על פי תעריף שר"פ הדסה המוצע לכלל האוכלוסייה באותה עת, לפי הגבוה מביניהם.

4.4. שכר רופא מרדים

המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לנוותן השרות את מלוא שכר רופא המרדים.

4.5. הוצאות חדר ניתוח

המבטח ישלם לנוותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בסכום ההוצאות בפועל.

4.6. הוצאות אשפוז

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בסכום **ההוצאות בפועל**.

4.7. בדיקה פתולוגית

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל בגין הבדיקה. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור חוות דעת פתולוגית ו/או חוות דעת רפואית שנייה, אשר תידרש בעקבות הבדיקה הפתולוגית.

4.8. שכר אח/ות לפני או אחרי ניתוח

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בסכום שלא יעלה על 500 ₪ ליום, ועד ל-14 ימי אשפוז עבור שרותי אח/ות פרטית לטיפול או השגחה או סיוע בתקופה האשפוז בבית חולים לפני ו/או אחרי ביצוע ניתוח.

4.9. שתל

בוצע במבוטח ניתוח, ובמהלך הניתוח נעשה שימוש בשתל כמוגדר לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בסכום ההוצאה שהוציא בפועל עבור השתל, עד סך של 120,000 ₪ לניתוח.

4.10. שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל לצורך ביצוע

ניתוח המבטח יישא במלוא הוצאות העברה באמבולנס ו/או היטס אווירי בתחומי ישראל, על פי צורך רפואי בלבד, עבור העברתו של המבוטח לבי"ח או ממנו, או העברתו בין בתי חולים לפני או אחרי ביצוע ניתוח המכוסה בביטוח זה. החזר זה לא יעלה על התעריף של טיסות ארקיע או ישראייר לעניין ההטסה, והתעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום בגין שירות זהה לשירות שניתן למבוטח, לעניין שירותי העברה באמבולנס.

4.11. הוצאות בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח יישא במלוא הוצאות בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות הנדרשות לפני הניתוח, ו/או במהלך **אשפוז לקראת הניתוח ו/או במהלך הניתוח ו/או לאחריו**. 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.

4.12. הוצאות בגין טיפול תרופתי באשפוז לפני ניתוח במהלך הניתוח ולאחריו

המבטח יישא במלוא ההוצאה עבור טיפול תרופתי הנדרש באשפוז לפני הניתוח ו/או במהלך הניתוח ו/או לאחריו, לרבות עבור עלות חומר המוגדר כאביזר רפואי והמוחזר לגופו של המבוטח בניתוח כהגדרתו על פי פרק זה כמפורט בסעיף 4.9 לעיל.

5. שירותים רפואיים נוספים לאחר ניתוח

5.1. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח

בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח, או ניתוח מוח, או ניתוח גב, או השתלה, או ניתוח אחר אשר בוצע במהלך אשפוז 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.

5.2. טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום

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

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

5.2.2. המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מעלות כל טיפול, אך לא יותר מ-160 ₪ לטיפול.

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

5.3. התעמלות שיקומית:

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

5.3.2. 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.

5.4. טיפול רפואי בבית המבוטח לאחר ביצוע ניתוח לאחר ניתוח

5.4.1. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בשיעור של 80% ועד 5,000 ₪ עבור טיפולים הנדרשים לאחר ביצוע ניתוח, לרבות ומבלי למצות החלפת תחבושות, מתן זריקות, ביקורת תקופתית ע"י רופא ועוד. הזכאות לתגמולי ביטוח הינה ממועד השחרור מבית החולים ולתקופה מרבית בת 60 יום.

5.4.2. בוצע במבוטח ניתוח במהלך תקופת הביטוח, ועל פי הערכה תפקודית שבוצעה ע"י גורם מוסמך בבית החולים או גורם מוסמך מטעם קופת החולים, בסמוך למועד השחרור מבית החולים, נמצא כי מצבו מחייב סיוע בביצוע פעולות יומיומיות או שמירה או טיפול יהיה זכאי לשיפוי בשיעור של 80% ועד 140 ₪ ללכל יום, עבור הוצאותיו בגין השירותים כאמור. הזכאות לתגמולי ביטוח הינה ממועד השחרור מבית החולים ולתקופה מרבית בת 30 יום.

5.5. ההגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה

בנוסף לחריגים הכלליים אשר בפרק א, המבטח לא יהיה חייב בתשלום

תגמולי ביטוח על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:

5.5.1. הניתוח נועד למטרה אסטטית או קוסמטית, ללא אינדיקציה

רפואית מובהקת, ולמעט ניתוחים שבוצעו כתוצאה מתאונה

שאירעה במהלך תק' הביטוח או ניתוח שהמבוטח בחר

לבצעו כתוצאה מניתוח המכוסה בביטוח זה, כגון: שיקום

שד לאחר ניתוח כריתת שד, ושיקום פנים לאחר ניתוחים ו/או

מקרי טראומה.

5.5.2. ניתוחים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים הדורשים אישור

מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.

5.5.3. בדיקות מעבדה, צילומים תוך גופיים, אולטרסאונד, אלא אם

נדרשים לצורך ביצוע הניתוח או בוצעו במהלך הניתוח או אשר

נדרש לבצעם במהלך האשפוז לאחר הניתוח.

5.5.4. הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, כאשר אלה

אינם חלק ממהלך הניתוח.

5.5.5. זריקה או הזלפות למעט אם בוצעו בחדר ניתוח ו/או תחת

הדמיה ו/או תחת הרדמה מקומית או מלאה. כמו כן יכוסה

ביופסיה, זריקות והחדרת תרופות לחלל העין, זריקות לחלל

האפידורלי, זריקות למפרק הברך, זריקת אווסטין לעין,

ודילול עוברים.

5.5.6. בדיקה/ות ופעילות הדמיה, כגון: CT, ו-MRI כאשר אלה אינם

לצורך הניתוח או חלק ממהלך הניתוח אינם מכוסים על פי

פרק זה. 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.

5.5.7. טיפולי שיניים כירורגיים וניתוחי חניכיים יכוסו אך ורק על פי

האמור בסעיף 7 להלן. מובהר כי יכוסו ניתוחי פה ולסת.

5.5.8. על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון

ו/או לידה. על אף האמור לעיל, המבטח יכסה ניתוח הקשור בסיבוכי הריון, הריון מחוץ לרחם, בהפלה מכל סיבה שהיא או כשל הריון. כמו כן המבטח יכסה ניתוח קיסרי אשר בוצע ביולדת מסיבות רפואיות ו/או עפ"י חו"ד של רופא מומחה שהוערה למבטח בטרם ביצוע הניתוח.

6. טיפול חלופי לניתוח

6.1. מקרה הביטוח:

ביצוע טיפול חלופי לניתוח בישראל או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

6.2. זכאות לתגמולי ביטוח הזכאות לתגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח מותנית בהתקיים התנאים הבאים במצטבר:

6.2.1. רופא בתחום הרלוונטי המליץ על ביצוע טיפול רפואי שאינו ניתוח כתחליף לביצוע ניתוח.

6.2.2. המבטח זכאי לכיסוי בגין הניתוח על פי תנאי פוליסה זו.

6.2.3. הטיפול החלופי יבוצע באישור ותיאום מראש ובכתב של המבטח.

6.2.4. הטיפול החלופי מבוצע בבית חולים או במרפאות בעלות רישיון תקף על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או במדינה בה הוא מבוצע, על ידי רופא מומחה אשר הבעיה ו/או הטיפול הינם בתחום מומחיותו.

6.3. סכום הביטוח

המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע הטיפול החלופי, לרבות ומבלי למצות שכר מבצע הטיפול, הוצאות חדר ניתוח/טיפול, והוצאות אשפוז כמפורט להלן:

6.3.1. אם בוצע הטיפול ע"י ספק שירות הנמצא בהסדר עם המבטח לגבי אותו טיפול, המבטח יישא במלוא עלות הטיפול.

6.3.2. אם בוצע הטיפול בישראל באמצעות ספק שירות שאינו בהסדר

עם המבטח, יישא המבטח במלוא העלות אך לא יותר מהסכום המרבי שהיה משלם המבטח עבור אותו טיפול לספק שירות אשר בהסכם עמו. בהעדר הסכם עם ספק שירות לגבי טיפול מסוים, יישא המבטח בעלות בשיעור 150% מהעלות המרבית המשולמת לנותן שירות שבהסכם עבור ניתוח (שירותי ניתוח ואשפוז) אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע בישראל.

6.3.3. אם בוצע הטיפול החלופי בחו"ל יישא המבטח בעלות בשיעור 200% מהעלות המרבית המשולמת לנותן שירות שבהסכם עבור ניתוח (שירותי ניתוח ואשפוז) אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע בישראל.

6.3.4. למען הסר ספק, אם נזקק המבוטח לביצוע הניתוח שבמקומו בוצע הטיפול החלופי לניתוח לאחר ביצוע הטיפול החלופי, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין הניתוח על פי פרק זה, ולא יקוזז כל סכום שהוא בגין הטיפול החלופי מתגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח על פי תנאי פרק זה בגין הניתוח שיבוצע.

6.4. ההגבלות לאחריות המבטח לטיפול חליפי לניתוח

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי סעיף 6 - טיפול מחליף ניתוח, בכל אחד מן המקרים הבאים:

6.4.1. טיפולים במסגרת רפואה משלימה, פיזיותרפיה או טיפולי שיקום מכל סוג שהוא.

6.4.2. טיפול תרופתי, תרופה הומאופטית, ויטמינים תוספי מזון.

6.4.3. הקרנות, טיפולים כימותרפיים.

6.4.4. טיפולים ניסיוניים.

7. ניתוחי חניכיים כירורגיים

המבטח יישא בשיעור 80% מהוצאות עבור טיפולי פה ולסת כירורגיים או ניתוחי חניכיים המבוצעים אצל פרידוונט או כירורג פה ולסת ועד 10,000 ₪ לכל תקופה של 3 שנים שתחילתן במועד תחילת הסכם זה.

פרק ח' 1 - ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן

מבוטח יהיה זכאי להצטרף לביטוח ניתוחים במסלול "משלים לשב"ן". תנאי הביטוח על פי "מסלול משלים שב"ן" הינם תנאי הביטוח המפורטים בפרק ח', אולם הזכאות לתגמולי ביטוח הינה לאחר מיצוי זכאותו (שיפוי, הנחה או השתתפות) של המבוטח במסגרת תכנית שב"ן מוכרת בה הוא חבר, ובנוסף להם.

1. התחייבות המבוטח למצות את זכאותו בביטוח המשלים (שב"ן)

תנאי הביטוח על פי מספח זה זו הינם במתכונת "משלים לשב"ן", על כן המבוטח יחולו התנאים הבאים:

1.1. תחילה יפנה המבוטח לשב"ן בו הוא חבר, ויברר את זכאותו בהתאם לתנאי השב"ן.

1.2. המבוטח יודיע למבטח, מוקדם ככל שניתן, על החלטת השב"ן לגבי התביעה שהוגשה.

1.3. בכל אחד מהמקרים המצוינים להלן, יהיה רשאי המבוטח לדרוש מהמבטח הסדרת התשלומים עם ספק השירות, ו/או קבלת מימון כדי לקבל את הטיפול במועד:

1.3.1. אם חלפו למעלה מ-14 יום ממועד הגשת התביעה לשב"ן, וטרם התקבלה תשובה, וכתוצאה מכך נבצר מהמבוטח לקבל את הטיפול.

1.3.2. כאשר ישנה סכנה לחיי המבוטח או סכנה להחמרה במצב בריאותו.

1.3.3. המבוטח נדרש לשלם במישרין השתתפות עצמית לנותן השירות, הכול בכפוף לזכאות המבוטח ותקרת חבותו של המבטח על פי כל פרק.

2. תגמולי ביטוח

2.1. בכפוף לאמור בפרק ח' 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, ככל שזכאי להם.

2.2. מובהר כי בשאר פרקי הפוליסה לא יחולו שינויים.

3. חבות המבטח לגבי שירותים רפואיים אשר אינם מכוסים ע"י השב"ן

אם המבוטח אינו זכאי לתגמולי ביטוח במסגרת השב"ן בו הוא חבר, מאחת או יותר מהסיבות המצוינות להלן, יישא המבטח בתגמולי הביטוח כמצוין בכל אחד מפרקי הפוליסה.

3.1. השירותים הכלולים בפרק ח' אינם כלולים בסל השירותים בשב"ן.

3.2. תביעתו לתוכנית השב"ן נדחתה מכיוון שאינה מכוסה לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות בשל זהות נותן השירות ו/או המקום בו מבוצע הטיפול ו/או המועד בו מבוצע הטיפול הרפואי, או בשל מיצוי מכסת הטיפולים.

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

4. חבות המבטח אם המבוטח אינו חבר בשב"ן או בחר שלא למצות זכאותו בשב"ן

מבוטח אשר הצטרף לביטוח במסלול "משלים שב"ן" על פי פרק זה, ובמועד קרות מקרה הביטוח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי במסגרת השב"ן בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים, לרבות מאחת הסיבות הבאות:

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

4.2. המבוטח חבר בתוכנית שב"ן שאינה תכנית שב"ן מוכרת כהגדרתה בפרק ההגדרות. (לדוגמה מכבי כסף).

4.3. המבוטח לא פנה לשב"ן למיצוי זכאותו.

ישלם המבטח למבוטח תגמולי הביטוח עד התקרות כמפורט בפרק ח' בניכוי סכום ההחזר המירבי לו זכאים העמיתים בתכנית השב"ן הינו/היה המבוטח עמית בגין אותו ניתוח אצל אותו מנתח.

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

5.1. מבוטח אשר הצטרף לביטוח במסלול "משלים שב"ן" על פי פרק זה, ובמועד הצטרפותו היה חבר בתכנית שב"ן, ובמהלך תקופת הביטוח הסתיימה חברותו בשב"ן מסיבה כלשהי, והמבוטח לא חידש חברותו באותה תכנית שב"ן או לא הצטרף לתכנית שב"ן אחרת, יהיה זכאי לרכוש את הפוליסה הכוללת את הכיסויים הביטוחיים המצוינים בפוליסה זו מ"השקל הראשון". ההצטרפות לפוליסה מ"השקל הראשון" תהיה ברצף ביטוחי מלא.

5.2. מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לפוליסה מ"השקל הראשון" 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 יוכל המבוטח להצטרף לפוליסה מ"השקל הראשון" בכפוף למילוי הצהרת בריאות ואישור מפורש מאת המבטח על קבלתו לביטוח. אם לא אושרה הצטרפותו של המבוטח לביטוח, וזכאותו לתגמולי ביטוח תהיה כאמור בסעיף 4 לעיל.

5.3. הביטוח על פי הפוליסה מ"השקל הראשון" יכנס לתוקפו במועד בו הסתיימה החברות בשב"ן.

5.4. דמי הביטוח החודשיים עבור פוליסה מ"השקל הראשון" הינם כנקוב בטבלת דמי הביטוח אשר בפרק גילוי נאות.

6. 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.

פרק ט' - ביטוח לאם ולילד

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ביצוע אחד או יותר מהבדיקות והטיפולים הנמנים בסעיפים 3 ו-4 להלן, במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי ביטוח

2.1. המבטח ישלם למבוטח 60% מההוצאות ששילם בפועל בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול/בדיקה כמפורט להלן.

2.2. אם פנה המבוטח לשב"ן בו הוא מבוטח בכדי למצות את זכאותו (שיפוי, פיצוי, הנחה או השתתפות), יהיה זכאי ל-80% מההפרש שבין ההוצאה בפועל להחזר שקיבל מהשב"ן, אך לא יותר מהסכומים הנקובים בכל טיפול.

2.3. מובהר כי אם השירותים המבוקשים אינם כלולים בסל השירותים לגבי כלל החברים בשב"ן, או במקרה בו המבוטח מיצה את מכסת הטיפולים להם הוא זכאי במסגרת השב"ן, יהיה זכאי המבוטח ל-80% מההוצאה בפועל אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול.

3. בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות

3.1. בדיקות לנשים בהריון

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות עבור בדיקות לנשים בהריון כמפורט להלן: בדיקות וסריקות על קוליות מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או סיסיו שלייה, בדיקת חלבון עוברי, בדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18 ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון עפ"י המלצת רופא מומחה, עד 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 5,000 ₪ לכל הריון.

3.2. בדיקות גנטיות

המבוטח/ת יהיה זכאי להשתתפות עבור ביצוע בדיקות גנטיות שבוצעו במבוטח/ת לשלילת מומים מולדים, במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות. הזכאות הינה עד 1,200 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.

3.3. טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

מבוטח/ת יהיה זכאי להשתתפות עבור טיפולי פוריות ו/או הפריה שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון, שני ו/או שלישי, עד 20,000 ₪ לכל לידה, (ללא תלות במספר הילדים בכל לידה). למען הסר ספק הכיסוי יינתן גם עבור טיפולים שיבוצעו בחו"ל בנסיבות בהן לא ניתן לבצע את הטיפול בישראל או סיכויי הצלחת הטיפול בחו"ל גבוהה מביצועה בישראל או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול בישראל עלול לפגוע בסיכויי הצלחת הטיפול. כל זאת על פי חו"ד של מומחה בכיר בתחום מטעם המבוטחת. **המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.**

3.4. מעקב הריון

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, בשיעור 80% מההוצאה בפועל, ועד 320 ₪ לכל ביקור, ועד 2 ביקורים במהלך כל הריון.

3.5. שמירת הריון באשפוז

מבוטחת אשר אושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 7 ימים, תהיה זכאית לפיצוי של 200 ₪ לכל יום אשפוז החל מיום האשפוז. בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה על 5,000 ₪ לכל הריון.

תקופת אכשרה לסעיף 3 רבתי הינה 12 חודשים

4. כיסוי מיוחד לילדים

4.1. פיצוי בגין היעדרות מלימודים

מבוטח שגילו נמוך מ-21 ושנעדר מלימודיו בבית ספר כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

תקופת אכשרה לסעיף זה - 3 חודשים מיום תחילת הביטוח .

4.2. בעיות הרטבה לילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ₪, לטיפול.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח .

4.3. אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקוי למידה

4.3.1. מבוטח שגילו 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, עד לסך 1,200 ₪.

4.3.2. הזכאות היא אחת לתקופת ביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח .

4.4. טיפול בבעיות התפתחות בילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד אצל ילד עד גיל 16, המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או באמצעות שיטת ריפוי אחרת, עד 120 ₪ לטיפול, ולא יותר מ-30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח.

4.5. פיצוי במקרה של אשפוז ילדו של מבוטח

בנוסף לזכאותו של המבוטח על פי סעיף 3.4.2 אשר רובד הניתוחים מבוטח שגילו מתחת ל-21 שנים, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 250 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולתקופה מרבית בת 14 ימים.

תקופת אכשרה לסעיף זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק י' - שירותים רפואיים נוספים

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ביצוע אחד או יותר מהטיפולים הנמנים בסעיף 4 להלן, במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי ביטוח

2.1 המבטח ישלם למבוטח 60% מההוצאות ששילם בפועל בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן.

2.2 אם פנה המבוטח לשב"ן בו הוא מבוטח בכדי למצות את זכאותו (שיפוי, פיצוי, הנחה או השתתפות), יהיה זכאי ל-80% מההפרש שבין ההוצאה בפועל להחזר שקיבל מהשב"ן, אך לא יותר מהסכומים הנקובים בכל טיפול.

2.3 מובהר כי אם השירותים המבוקשים אינם כלולים בסל השירותים לגבי כלל החברים בשב"ן, או במקרה בו המבוטח מיצה את מכסת הטיפולים להם הוא זכאי במסגרת השב"ן, יהיה זכאי המבוטח ל-80% מההוצאה בפועל אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול.

3. תקרת חבות המבטח

תקרת חבות המבטח לכל השירותים המצוינים בפרק זה לא תעלה על 10,000 ₪ לעובד ולמשפחתו גם יחד, לכל שנת ביטוח.

4. רשימת הטיפולים המכוסים על פי פרק זה

4.1 התייעצות עם רופא מומחה

4.1.1 4.1.1 מבוטח יהיה ♥זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד 800 ₪ עבור התייעצות עם רופא מומחה שהוכר כמומחה ע"י משרד הבריאות בישראל. יינתן כיסוי ליעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים) אצל רופא מומחה בכיר בלבד.

4.1.2 המבוטח יהיה זכאי לעד שלוש התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת. מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה אשר בפרק בדיקות אבחוניות וח"ד עם מומחים (פרק ז') או במקרה של צורך בביצוע ניתוח כאמור בפרק הניתוחים (פרק ח') לא יבואו במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה

4.2 רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי

4.2.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור יעוץ דיאטטי ושירותי רפואה משלימה כמפורט להלן:

4.2.1.1 הומאופתיה

4.2.1.2 אקופונקטורה

4.2.1.3 כירופרקטיקה

4.2.1.4 אוסטאופתיה

4.2.1.5 רפלקסולוגיה

4.2.1.6 שיאצו

4.2.1.7 ייעוץ דיאטטי

4.2.1.8 שיטת פלדנקרייז

4.2.1.9 ביו-פידבק

4.2.1.10 נטורופתיה

4.2.1.11 הרבולוגיה

4.2.1.12 שיטת פאולה

4.2.1.13 שיטת אלכסנדר

4.2.1.14 שיטות נוספות שיהיו מקובלות במכוני קופת חולים מעת לעת

4.2.2 אם הטיפול בוצע במכון של קופת חולים, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית, סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל, ועד ל-120 ₪ לטיפול או

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

4.2.3 אם הטיפול בוצע אצל מטפל או מכון שאינו קשור לקופת חולים, סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בשיעור 60% מההוצאה בפועל, ועד ל-120 ₪ לטיפול או התייעצות שבוצעו במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.

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

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

4.2.6 המבוטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:

4.2.6.1 היפנוזה, היפנו טרפיה.

4.2.6.2 טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזיה שאינה צורך רפואי ברור ועל פי המלצה רפואית.

4.2.6.3 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.

4.2.6.4 טיפולים ו/או ייעוץ שאינם כלולים בסעיף 4.1.1.

4.2.6.5 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.

4.3 אביזרים רפואיים

4.3.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור רכישת אביזרים רפואיים, עד לסך של 2,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. אם בוצע ניתוח במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי המבוטח, במהלך 3 חודשים לאחר ביצוע הניתוח, להשתתפות המבטח עד לסך של 4,000 ₪ עבור רכישת אביזרים רפואיים הנדרשים כתוצאה מביצוע הניתוח בהתאם לאישור רופא מומחה.

4.3.2 רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה.

4.3.3 חריגים

4.3.3.1 לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפול שיניים.

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

4.3.3.3 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.

4.3.3.4 לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראומטית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.

4.3.4 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.

4.4 מנוי למשדר קרדילוגי

4.4.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדילוגי עד לסכום שיפוי מרבי בסך 160 ₪ לחודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.

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

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

4.4.4 אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב.

4.4.5 המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו.

4.5 שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח).

4.5.1 מבוטח שגילו מעל 18 שנים שאושפז בבית חולים ציבורי שלא לצורך ביצוע ניתוח יהיה זכאי להשתתפות עבור הוצאות שירותי אחות פרטית או השגחה, סיוע וטיפול בשיעור 80% ועד 320 ₪ לכל יום ועד 21 ימי אשפוז רציפים, החל מהיום השני לאשפוז.

4.5.2 בנוסף יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בסך 200 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 7 ימי אשפוז רצופים. **הזכאות על פי סעיף זה הינה לעד שתי תקופות אשפוז בשנת ביטוח.**

תקופת אכשרה לסעיף זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.6 טיפולי שיקום

4.6.1 טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק (שלא לאחר ניתוח):

4.6.1.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור טיפולים פיזיותרפיים, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפול שיקומי אחר שבצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל. השתתפות המבטח תהיה

לא יותר מ-160 ש"ח לכל לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בכל שנת ביטוח.

4.6.1.2 הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה בתחום מומחיותו.

4.6.2 שיקום דיבור

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור 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. ולא יותר מסך מ-160 ש"ח לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

4.6.3 התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח):

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור התעמלות שיקומית על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו (שלא לאחר ניתוח), עד לסכום מרבי של 240 ש"ח לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד האירוע.

4.7 טיפול כימותרפי או רדיותרפי או הקרנות

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור ההוצאות הכרוכות בביצוע סידרת טיפולי כימותרפיה או רדיו תרפיה או טיפול הקרנתי המבוצע בבית חולים פרטי ועד סכום של 50,000 ש"ח לכל מקרה ביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.8 כתב שירות רופא עד הבית

פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").	השירות ניתן על ידי:
לכל מבטוח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.	הזכאות לשירות ניתנת:
שירותי רופא עד הבית מטעם נותן השירות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 25 ₪ מטעם המנוי בכל מקום בו ימצא המנוי למעט יהודה, שומרון (אך לרבות מעלה אדומים)*, כל ימות השנה (למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום).	השירותים למנוי:
- קבלת אנמנזה רפואית (תולדות מחלה) מהמנוי הזקוק לשירות (להלן: "החולה"). - בדיקה גופנית של החולה על ידי רופא מטעם נותן השירות במכשירים שלהלן: סטטוסקופ, לוחדי לשון, פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם קרדיו ביפר, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא. - קבלת אבחנה רפואית. - מתן תרופות ראשוניות - לפי שיקול דעתו של הרופא. - מתן מרשם לתרופות - לפי שיקול דעתו של הרופא. - הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה ו/או רופא ילדים. - הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, המתנה עם המנוי ומתן טיפול עד הגיע האמבולנס עם צוות רפואי. - מתן תעודה רפואית.	שירות זה כולל:

1. התקשרות המנוי למוקד השירות בטלפון 03-6388400 או 5590*, הזדהות המנוי ובקשה לשליחת רופא תוך ציון כתובת. 2. טווח הגעה משוער של הרופא מרגע הפנייה למוקד: - בשעות הבוקר (7:00 - 19:00) - עד שלוש שעות. - בשעות הערב / לילה - (19:00 - 7:00) - עד שעתיים. 3. תשלום ההשתתפות העצמית ע"י המנוי ישירות לרופא נותן השירות כנגד קבלה/חשבונית מס כדין.	אופן קבלת השירותים:
כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.	תוקף כתב השירות:
אם פעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, כוח עליון וכיוצא בזה.	באילו מקרים אין נותן השירות אחראי למתן השירותים:
המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.	אחריות המבטח:

* ברמת הגולן השירות ניתן בקצרין בלבד.

* בבקעת הירדן, רשאי נותן השירות שלא ליתן את השירות משיקולי בטיחות הנסיעה, והמבוטח רשאי לפנות לרופא שהוזמן על ידו באופן עצמאי ולקבל החזר עד לסך של 150 ₪

4.9 כתב שירות - שירותי מעבדה עד הבית

פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות אחר שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").	השירות ניתן על ידי:
לכל מבטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר. השירות לא יינתן לתינוקות מתחת לגיל 6 חודשים, ובדיקות דם לא יילקחו מילדים מתחת לגיל 5 שנים.	הזכאות לשירות ניתנת:
1. שירותי "מעבדה עד הבית" יכללו בדיקות מעבדה המפורטות להלן: דגימת דם; משטח גרון; דגימת שתן; משטח אף; תרבית/יות שתן; משטח אוזן; משטח עין. לקיחת הדמים מתייחסת ללקיחת דם ורידי בלבד. 2. השירות שדלעיל, יינתן על ידי רופא ו/או אח, הרשאים על פי כל דין לבצע את לקיחת הדגימה/תרבית/משטח נשוא כתב שירות זה אשר התקשרו עם נותן השירות בהסכם למתן השירות הנ"ל למנוי (להלן: "מבצע השירות"). 3. לקיחת הדמים/דגימות השתן/המשטח הרלוונטי תעשה ע"י נותן השירות בביתו של המנוי או במקום עבודתו. נותן השירות יעביר את הדמים/דגימות השתן/המשטח הרלוונטי לאחת ממעבדות ההסכם עמו קשור נותן השירות. מבצע השירות יהא רשאי להחליט על פי שיקול דעתו המקצועי, כי מן הראוי כי לקיחת הדגימה/ תרבית/ משטח תהא בתנאי מעבדה, ובמקרה זה לא יינתן השירות על פי כתב שירות זה. 4. השירות לא יכלול: בדיקת חומציות, אמוניה, איסופי שתן, העמסת סוכר, תרבית וגינלית, אינסולין, פטריות, לקטאט, בדיקות גנטיות.	השירותים למנוי:

1. התקשרות המנוי למוקד המבטח שמספרו 03-6388400 או 5590 *. 2. המנוי יזדהה בשמו, כתובתו, מס' ת.ז ומס' פוליסת הביטוח שעל פיה הינו זכאי לשירות. 3. השירות יינתן אך ורק כנגד תעודה המזהה את המנוי בהצגת טופס הפניה לבדיקות מעבדה, הנושא את שם המנוי, בחתימת הרופא המטפל במנוי, אך ורק לגבי הבדיקות הכלולות בשירות למנוי והמצוינות בטופס ההפניה. 4. השירות יינתן במועד אשר יתואם עם המנוי מ-6.30 עד 22.30. בימי שישי וערבי חג מ-6.30 עד 12.30. 5. שירותי "מעבדה עד הבית" ניתנים בכל מקום ישוב בישראל למעט יהודה שומרון וחבל עזה, לרבות מעלה אדומים. ברמת הגולן יינתן השירות בקצרין או בישוב אחר באזור. מנוי הנזקק לשירות באזור זה יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבוננו אל מבצע השירות לפי הכתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות. 6. תוצאות הבדיקות תועברנה למנוי באמצעות הדואר או בפקסימיליה. 7. על המבוטח לשלם ישירות למבצע השירות דמי השתתפות עצמית בסך 45 ₪ בגין כל מנוי שניתן לו השירות במסגרת אותו ביקור. סך זה כולל מע"מ.	אופן קבלת השירותים:
כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.	תוקף כתב השירות:
במקרה שפעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי זמני נותני שירות או במעבדות באזור הרלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש המהווה כוח עליון.	מקרים בהם אין נותן השירות אחראי למתן השירותים:

אחריות:	1. המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו. 2. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר עם נשוא כתב שירות זה.
---------	--

4.10 כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי

1. השירות ניתן על ידי:

פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").

2. הזכאות לשירות ניתנת:

לכל מבטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

3. ייעוץ טלפוני

ייעוץ פסיכולוגי טלפוני יינתן 24 שעות ביממה, בכל ימות השנה, למעט בערב יום כיפור מהשעה 14.00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

3.1. המנוי יהיה זכאי לייעוץ פסיכולוגי טלפוני ע"י מטפל (פסיכולוג קליני ו/או עובד סוציאלי קליני) בנושאים הקשורים לפרט, לזוגיות ולמשפחה, לילדים, מתבגרים ומבוגרים.

ניתן לפנות בכל נושא, לדוגמא:

א. התמודדות עם מוות במשפחה.

ב. התמודדות עם מחלות כרוניות, מחלות סיעודיות ומחלות

חשוכות מרפא.

ג. התמודדות עם ניתוחים.

- ד. התמודדות עם מחלות הכרוכות באשפוז בבית החולים.
- ה. התמודדות עם פציעה ו/או מגבלה ו/או נכות, בעקבות תאונה.
- ו. התמודדות עם פיטורים ממקום עבודה.
- ז. התמודדות עם גירושין בין בני זוג.
- ח. התמודדות עם בעיות סמים.
- ט. התמודדות עם בעיות של ילדים בעלי לקויות למידה.
- י. התמודדות עם הפרעות אכילה - אנורקסיה או בולימיה.
- יא. התמודדות עם בעיות התפתחות של ילדים - מוטוריות, ורבלית, תפיסתית וכד'.
- יב. התמודדות עם בעיות גמילה של ילדים - ממוצץ, בקבוק, יניקה וכד'.
- יג. התמודדות עם בעיות התנהגות חריגות של ילדים בבית, בגן ילדים, בבית ספר.
- יד. התמודדות עם בעיות התנהגות בקשר הורים -ילדים.
- טו. התמודדות עם קשיי התאקלמות כתוצאה משינוי מקום מגורים.
- טז. התמודדות עם מצב סיעודי של בן משפחה מדרגה ראשונה שהינו במצב סיעודי.
- יז. התמודדות עם בעיות של הורים מבוגרים.
- יח. התמודדות עם בעיות בעבודה.

4. כיצד מקבלים את השירות?

- 4.1. מנוי הנזקק לשירות הכלול בכתב שירות זה, יתקשר טלפונית למוקד נותן השירות (להלן: "המוקד") בטלפון **03-6388400** או ***5590** (א וכל מספר אחר שתודיע החברה) להזדהות בשמו, למסור את מספר ת.ז שלו ולפרט את מספרי הטלפון בהם ניתן להשיגו.
- 4.2. בתוך 4 שעות, לכל היותר, ממועד פנית המנוי למוקד, יתקשר אל המנוי מטפל מטעם נותן השירות. במקרה דחוף, יתקשר מטפל מטעם נותן השירות בתוך שעותיים ממועד פניית המנוי למוקד.

- 4.3. המנוי רשאי להתקשר כמה פעמים שירצה, ללא הגבלה.
- 4.4. מנוי הרוצה בהמשך יעוץ טלפוני או בתיאום פגישה ליעוץ פסיכולוגי, יתקשר למוקד כמפורט בסעיף 4.1 שלעיל.
- 4.5. את תיאום הפגישות ליעוץ פסיכולוגי, יעשה המנוי ישירות עם נותן השירות או עם המטפל מטעמו, אליו יופנה.

5. יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות פנים אל פנים

- 5.1. המנוי זכאי ליעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות אישיות פנים אל פנים, עם מטפלים מטעם נותן השרות, בעלויות מופחתות, כדלקמן:
- 10 פגישות ראשונות עם פסיכולוג קליני או עובד סוציאלי קליני או פסיכותרפיסט - 140 ₪ (כולל מע"מ) לכל פגישה.
 - 2 פגישות ראשונות עם פסיכיאטר - 280 ₪ (כולל מע"מ) לכל פגישה.
 - 25% הנחה על אבחונים של לקויות למידה והפרעות קשב. האבחונים נערכים באמצעות מכונים שבהסדר.
- 5.2. מחיר פגישות נוספות, עם פסיכולוג, מעבר ל - 10 הפגישות להן זכאי המנוי בעלויות מופחתות, יקבעו בין המטפל למנוי בהתאם למקובל בענף זה, אך עלותם לא תעלה על - 250 ₪ (כולל מע"מ) לפגישה.
- 5.3. פגישת הייעוץ הראשונה תתקיים בתוך שבוע ימים ממועד הבקשה לפגישה, למעט מקרים דחופים, כפי שייקבע על-פי שיקול דעתו המלא והמקצועי של המטפל, בהם תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך יומיים מיום הבקשה לפגישה.
- 5.4. מובהר בזאת, כי המנוי יהיה זכאי לבחור מטפל מתוך רשימת מטפלים שיציע נותן השירות, בהתאם לבעיה וכי המטפל שנתן יעוץ טלפוני, לא בהכרח יהיה זה שייפגש עם המנוי.
- 5.5. למען הסר ספק, מובהר בזאת שאת התשלום עבור פגישות הייעוץ ישלם המנוי בעצמו ישירות למטפל.

5.6. מובהר בזאת שהמנוי זכאי רק לטיפולים שניתנים בקליניקות פרטיות, ללא צורך באשפוז, טיפול פסיכיאטרי, טיפול במעון יום וללא צורך בהתערבות מוסדית כלשהי.

5.7. מובהר בזאת שהשירות לא כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

6. תוקף כתב השירות:

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.

7. אחריות המבטח:

המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

רובד רשות ב'

פרק יא' - פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה

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

1. מקרה הביטוח

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

2. מועד קרות מקרה הביטוח

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.

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

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

3. **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** - אי ספיקת כבד פתאומית חריפה, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

א. הקטנה חדה בנפח הכבד;

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

ג. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;

- ד. צהבת, מעמיקה;
- ה. אנצפלופטיה כבדית;
- ו. דמום בלתי נשלט;
- ז. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.
4. **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.
5. **אנמיה אפלטטית (Aplastic Anemia)** - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלטטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
 - א. עירוי מוצרי דם;
 - ב. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 - ג. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופר סיביים);
 - ד. השתלת מוח עצם.
6. **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)** - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
7. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
8. **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש

- הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
9. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** - לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.
10. **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.
- למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.
11. **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובילתי הפיך של חוש השמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א"ג מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
12. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי 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 נוירולוג מומחה.
13. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימוית 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 או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ, היפרטרופיה של

חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

14. מחלת כבד סופנית (שחמת) **Terminal Liver (Cirrhosis)**

(Disease) - מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

- א. צהבת;
- ב. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
- ג. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
- ד. אנצפלופטיה כבדית;
- ה. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.

15. 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 ממ"מ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 ממ"מ.

16. ניוון שרירים מוג **(Amyotrophic Lateral Sclerosis) ALS** - עדות

לפגיעה משולבת בנורון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

17. ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב - **Surgery for Valve**

(Replacement or Repair) - ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה

כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

18. **ניתוח אבי העורקים (Aorta)** - ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.
19. **ניתוח מעקפי לב (CABG)** - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.
20. **סוכרת נעורים מסוג DIABETES-ELLITUS** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקריןולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה שטרם מלאו לו 18 שנה.
21. **סרטן (Cancer)** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.
מקרה הביטוח אינו כולל:
 1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.
 2. מלנומה ממאירה דרגה 1A (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002.
 3. מחלות עור מסוג:
 - (1) Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma;
 - (2) מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
 4. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל).
 5. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L.).

22. **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
23. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, کلیה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
24. **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).
25. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
26. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
27. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetani, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
28. **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy)** - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
29. **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צרב ווסקולרי), 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.

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

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

32. **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.

33. **תשישות נפש (Dementia)** - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 60 יום.

34. **נכות צמיתה** - נכות 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 תיחשב כנכות צמיתה. 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 חיידיקית 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. פיצוי בעת גילוי מחלה קשה

בקרות מקרה ביטוח, מבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 25,000 ₪. ניתן לרכוש עד 3 יחידות פיצוי בסך 25,000 ₪ כל אחת.

3.2. בקרות מקרה ביטוח שני במהלך תקופת הביטוח, יפצה המבוטח את המבוטח בשיעור 50% מסכום הפיצוי שנרכש על ידי המבוטח כמפורט בסעיף 3.1 לעיל, בהתקיים התנאים הבאים:

3.2.1. המבוטח לא יהיה זכאי לפיצוי עבור גילוי אותה מחלה. לדוגמה מבוטח שקיבל פיצוי עבור גילוי מחלת הסרטן, לא יהיה זכאי לפיצוי בגין גילוי חוזר של מחלת הסרטן לרבות אם המחלה פרצה באזור אחר בגוף.

3.2.2. הזכאות לקבלת פיצוי בפעם השנייה מותנית בכך שחלפה תקופה בת 24 חודשים מהמועד בו התגלתה המחלה שזיכתה בפיצוי בפעם הראשונה.

3.2.3. המבוטח יהיה זכאי עד שני תשלומי פיצוי במהלך תקופת ביטוח. להסרת ספק, מבוטחים שקיבלו שני תשלומי פיצוי במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם אצל המבוטח שהסתיים ביום 30.12.2013 אינו זכאי לפיצוי במסגרת פרק זה. מבוטחים שקיבלו תשלום פיצוי אחד זכאים לתשלום פיצוי שני בכפוף להוראות פרק זה.

4. חריגים

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

5. תום תקופת הביטוח

מובהר בזאת כי תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים, עבור כל אחד מהמבוטחים, בתום תקופת הביטוח או עם תשלום פיצוי שני למבוטח או במלאת לו 70 שנה, לפי המוקדם מביניהם.

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



בהיודע לך על צורך ביטוחי
ולצורך הכוונה וסיוע בעת הגשת תביעה
יש לפנות אל כנען סוכנות לביטוח
טלפון: 03-6388400 | *5590

להזמנות שירות ביקור רופא וכתבי שירות נוספים
ולצורך קבלת שירות בנושאי ביטוח בריאות וסיעוד
נשמח לעמוד לרשותך בטלפון שמספרו: 03-6388400 | *5590



כלל חברה לביטוח בע"מ | חטיבת הבריאות
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מוקד שירות לקוחות לרשותך 24 שעות
טלפון: 03-6388400 / *5590 | פקס לתביעות: 077-6383290