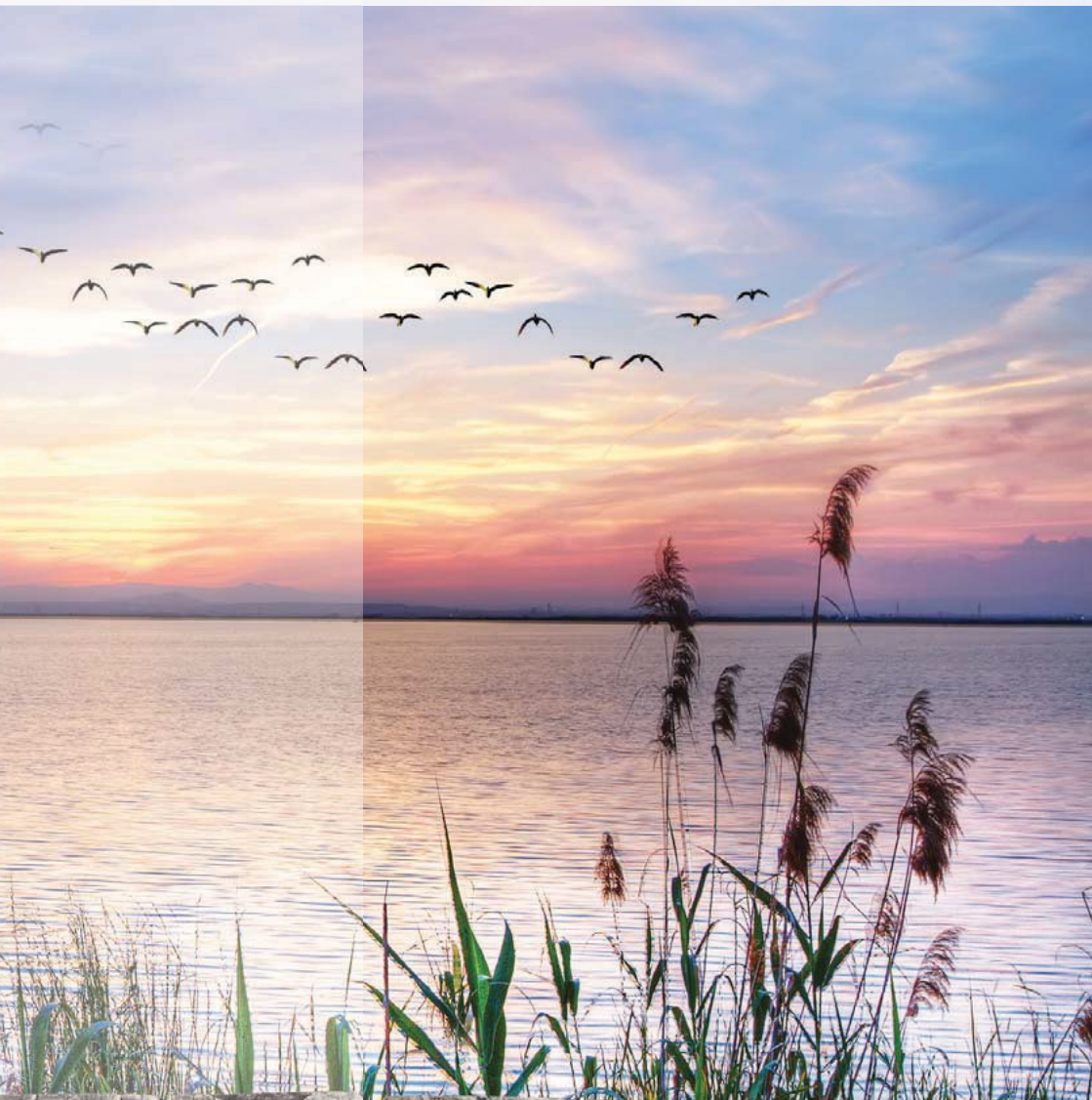




עובדי אסותא מרכזים רפואיים ובני משפחותיהם 2022-2027



תוכן העניינים

3	גילוי נאות
63	אופן הגשת תביעה
66	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי
102	פרק א' - השתללות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל
110	פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
118	פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
122	פרק ד' - הוצאות רפואיות מיוחדות (שיפוי בגין מחלה קשה)
130	פרק ה' - בדיקות אבחנתיות והתייעצויות עם רופאים
133	פרק ו' - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל
138	פרק ו' 2 - ביטוח משלים שב"ל לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
144	פרק ז' - שירותים רפואיים שאינם באשפוז
160	פרק ח' - פיצוי למקרה גילוי מחלה קשה
169	נספח ב'
170	נספח ג'

תמצית תנאי הביטוח -

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אסותא מרכזים רפואיים ובית החולים
אסותא אשדוד ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אסותא מרכזים רפואיים ובית החולים אסותא אשדוד ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	אסותא מרכזים רפואיים ובית החולים אסותא אשדוד
סוג הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי-רובד בסיס: השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, הוצאות רפואיות מיוחדות (שיפוי בגין מחלה קשה) ו-בדיקות אבחנתיות והתייעצויות עם רופאים. רובד הרחבה: ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם ותחליפי ניתוח בארץ / ניתוחים משלים שב"ן בארץ ושירותים רפואיים שאינם באשפוז רובד הרחבה 2: פיצוי לגילוי מחלה קשה
משך תקופת הביטוח	מיום 01.11.2022 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 31.10.2027.
המשכיות	המבוטח יהיה זכאי להצטרף ללא הוכחת בריאות מחודשת לאחת מתכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבוטח, בהיקף דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים אצל המבוטח באותה עת, זאת בתוך 90 יום ממועד הודעת המבוטח (ראה סעיף 6.4 לפוליסה)

תמצית פרטי הפוליסה	
תיאור הביטוח	(פרק א') השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל (פרק ב') תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, (פרק ג') ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, (פרק ד') הוצאות רפואיות מיוחדות (שיפוי בגין מחלה קשה), (פרק ה') בדיקות אבחנתיות והתייעצויות עם רופאים (פרק ו') ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם ותחליפי ניתוח בארץ (פרק ז') ניתוחים משלים שב"ן בארץ (חליפי לפרק ו'), (פרק ז') שירותים רפואיים שאינם באשפוז (פרק ח') פיצוי לגילוי מחלה קשה (ההצטרפות לרבדי" ההרחבה, מותנית בהצטרפות לרובד הבסיס).
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	ראה סעיפים 3.14 ו-21 להסכם ביטוח בריאות קבוצתי בפוליסה. סעיף 4 בפרק ב' בפוליסה סעיף 5 בפרק ב' בפוליסה סעיף 2 בפרק ג' בפוליסה סעיף 4 בפרק ו' בפוליסה סעיף 6 בפרק ו' 2 בפוליסה

תמצית פרטי הפוליסה											
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹	כמפורט בטבלה מטה בהתאם לכל פרק										
השתתפות עצמית	כמפורט בטבלה מטה בהתאם לכל פרק										
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	• ניתוחים בישראל מהשקל הראשון - רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים. • השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים. • שירותים אמבולטוריים - חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.										
עלות הביטוח	דמי הביטוח החודשיים (בש"ח) לרובד הבסיס: <table border="1"> <thead> <tr> <th>מבוטחים</th><th>פרקים א'-ה'</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>עובד / ילד/נכד בוגר**</td><td>37.28</td></tr> <tr> <td>בן זוג</td><td>50.80</td></tr> <tr> <td>ילד*</td><td>-</td></tr> <tr> <td>נכד*</td><td>13.49</td></tr> </tbody> </table> * ילד עד גיל 24 - כולל ילד/נכד בוגר - מגיל 25 ואילך. הסכומים צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.08.2022 שהינו 13,243 נק'	מבוטחים	פרקים א'-ה'	עובד / ילד/נכד בוגר**	37.28	בן זוג	50.80	ילד*	-	נכד*	13.49
מבוטחים	פרקים א'-ה'										
עובד / ילד/נכד בוגר**	37.28										
בן זוג	50.80										
ילד*	-										
נכד*	13.49										

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

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח

דמי הביטוח החודשיים (בהם) לרובד הרחבה 1:

מבוטחים	פרקים ו' + ז' מסלול שקל ראשון	פרקים ו' + 2 + ז' מסלול משלים שב"ן
עובד / בן זוג / ילד / נכד בוגר**	83.30	67.44
ילד / נכד*	29.35	19.84

* ילד עד גיל 24 - כולל

ילד/נכד בוגר - מגיל 25 ואילך.

רק מבוטחים ברובד הבסיסי רשאים לרכוש את הרובד ההרחבה. הסכומים צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.08.2022 שהינו 13,243 נק'

דמי הביטוח החודשיים (בהם) לרובד הרחבה 2:

מבוטחים	פרק ח' מחלות קשות פיצוי (יחידה בשווי 50,000 ₪)***
עובד / בן זוג / ילד/נכד בוגר**	31.00
ילד / נכד*	5.00

* ילד עד גיל 24 - כולל

ילד/נכד בוגר - מגיל 25 ואילך.

** שווי יחידת פיצוי: 50,000 ₪ ועד 3 יחידות פיצוי בסך

הכל רק מבוטחים ברובד הבסיסי רשאים לרכוש את הרובד ההרחבה. הסכומים צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.08.2022 שהינו 13,243 נק'

שים לב!

מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. מחירי הביטוח למוצרים אלו נכונים למועד פרסומם.

פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים רפואיים בחו"ל

תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²
השתלות	השתלת איבר באמצעות נותן שירות שבהסכם (סעיף 3.1)	כיסוי מלא	—
	השתלת איבר באמצעות נותן שירות אחר (סעיף 3.1)	עד 5,000,000 ₪	
טיפול רפואי מיוחד	שיפוי בגין הוצאות בפועל טיפול מיוחד בחו"ל (סעיף 3.2)	עד 1,200,000 ₪	
הוצאות נלוות	שיפוי בגין הוצאות לצורך איתור המושטל, בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה, לרבות איתור תורם מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי (סעיף 3.4.1)	עד 210,000 ₪	
	שיפוי בגין הוצאות לפעילות רפואית נדרשת לאיתור איבר וקציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה (סעיף 3.4.2)	עד 210,000 ₪	
	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת (סעיף 3.4.3)	כיסוי מלא	

² תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²
הוצאות נלוות	הוצאות שהייה בחו"ל (סעיף 3.4.4)	לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, עד 1,000 ₪ ליום למלווה יחיד, 1,500 ₪ ליום לזוג מלווים (למבוטח קטין) ועד 200,000 ₪	—
	הבאת רופא מומחה לישראל לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל (סעיף 3.4.5) או ייעוץ	העלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל	
	הוצאות לטיפול המשך בארץ ובחו"ל לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי (סעיף 3.4.6)	עד 150,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל ועד 200,000 ₪ בגין ביצוע השתלה	
	שפוי בגין הוצאות הטסת גופה (סעיף 3.4.7)	כיסוי מלא	

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²
הוצאות נלוות	תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד (סעיף 3.4.8)	עד 150,000 ₪	—
	שיפוי בגין מעקב רפואי כולל הוצאות טיסות ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול (סעיף 3.4.9)	עד 50,000 ₪	
פיצוי	פיצוי בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל (סעיף 3.4.10)	בסך 10,000 ₪	
	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל (סעיף 3.4.11)	בסך 150,000 ₪	
	פיצוי חד פעמי בגין ביצוע ההשתלה ללא השתתפות המבטח (סעיף 3.5)	בסך 400,000 ₪	
	פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל (סעיף 3.6)	בסך 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל או 100,000 ₪ עבור השתלה בארץ	

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²
פיצוי	גמלת החלמה למועמד להשתלה (סעיף 3.7)	למועמד המרותק למיטתו, עד 7,500 ₪ עד לביצוע ההשתלה ולא יותר מ-12 חודשים, ולמבוטח השוהה באשפוז בבית חולים עד 3,750 ₪ עד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים.	—
	גמלת החלמה לאחר השתלה (סעיף 3.8.1)	7,500 ₪ למשך 24 חודשים ולאחר השתלת קרנית ומח עצם עצמית, 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.	
	הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל	עד 50,000 ₪	
	שיפוי בגין הוצאות לפעילות רפואית נדרשת לאיתור מוסד רפואי, ובדיקות רפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן (סעיף 3.9.1)		

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²
הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל	שיפוי בגין הוצאות הטסה לחו"ל (סעיף 3.9.2)	עד 40,000 ₪ ועד 60,000 ₪ לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום	—
	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת (סעיף 3.9.3)	עד 100,000 ₪	
	הוצאות שהייה בחו"ל (סעיף 3.9.4)	עד 60 יום ועד 1,000 ₪ ליום למלווה יחיד, ועד 1,500 ₪ ליום לזוג מלווים (למבוטח קטין).	
בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן 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 לענין איסור סחר באיברים.			
חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק ב' - תרופות שאינן בסל הבריאות

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
הוצאות רכישת התרופה	תרופה המאושרת לשימוש לפי תקנה 29(א)(1), או 29(א)(3), או 29(א)(4), או 29(א)(10) לתקנות הרוקחים (תכשירים) תשמ"ו שאינה כלולה בסל הבריאות ובפרק התרופות המורחב ע"י פרק זה. (סעיף 2.2).	כיסוי עד לסך של 1,000,000 ₪ לתרופה לסרטן למשך כל תקופת הביטוח. במקרה שהוכחה יעילות התרופה, עד ל-2,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. הסכום המרבי לתרופה שאינה לסרטן הינו 800,000 ₪ לכל תקופת הביטוח (סעיף 2.2)	—	—

³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
הוצאות רכישת התרופה	תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות (סעיף 3.1)	הכיסוי יינתן עד 3,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, ויתחדש כל 30 חודשים לכדי אותו הסכום	—	150 ₪ לתרופה לחודש, ולא תחול השתתפות עצמית בגין מספר תרופות שעלותן החודשית מעל 250 ₪ במצטבר. ראה סעיף 3.1.1 לפוליסה.
	תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות להתוויה רפואית אחרת (סעיף 3.1)			
	תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית (סעיף 3.1)			
				לא תנוכה השתתפות העצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 2,500 ₪ ראה סעיף 3.1.2 לפוליסה.

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
בדיקה לאבחון וטיפול בסרטן	שיפוי בגין ביצוע בדיקה למבוסס שחלה בסרטן שמטרתה אפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן לצורך סיוע בקבלת החלטה טיפולית ואפיון דרכי הטיפול התרופתי, תוך בחינת הנסיבות האישיות של המבוטח, לרבות בדיקות גנטיות של גידולים לבחינת השפעת והתאמת הטיפול בסרטן. (סעיף 3.2)	85% ועד 40,000₪ בגין כל מקרה ביטוח.	—	15% מהתשלום
תשלום הוצאות נטילת תרופה-דרך פרק ניתוחים משלים שירותי בריאות	שיפוי בגין תשלום השתתפות עצמית ששולם ע"י המבוטח, מאחר והמבוטח רכש את התרופה המכוסה על פי פרק זה, מפרק ניתוחים משלים שב"ן (סעיף 3.5)	פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המרבי המאושר לאותה התרופה ועד 1,800₪ לחודש.	—	—

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
תשלום עלות התרופה מפוליסה אחרת	המבוטח יקבל פיצוי מאחר ותבע פוליסת ביטוח אחרת אשר ברשותו לכיסוי עלות התרופה שאינה בסל הבריאות בכפוף לכך שמקרה הביטוח מכוסה על פי פוליסה זו. (סעיף 3.6)	פיצוי בגובה של 20% מגובה השיפוי המצטבר אותו יקבל המבוטח במסגרת הפוליסה האחרת. מבוטח שיבחר במסלול הפיצוי כאמור לעיל לא יוכל לתבוע פוליסה זו בגין אותו מקרה ביטוח.	—	80% מהתשלום
טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות	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. (סעיף 3.9)	שיפוי בשיעור 50% ועד 50,000 ₪ עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור לכל תקופת הביטוח.	—	50% מהתשלום
הוצאות נטילת תרופה	המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (סעיף 3.10)	שיפוי עד סכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 60 טיפולים.	—	—

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
	הזכות לחוות דעת בעת דחיית תביעה (סעיף 3.11)	שיפוי עד 1,800 ₪, בתוספת מע"מ בגין חוות דעת לרופא/פרמקולוג/ביולוג ולקבל ממנו יעוץ בכתב אשר יבדוק את טענות הדחיה של המבטח	—	—
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
ניתוח פרטי בחו"ל	ניתוח פרטי בחו"ל כולל כיסוי להוצאות שכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, דמי אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, שתלים, בדיקה פתולוגית ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז (סעיף 1.2 + 1.3)	אם תואם ע"י המבטח - כיסוי מלא; ללא תיאום עד 1,200,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ. העלות הגבוהה מבניהם	—	—

⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
כיסויים נלווים לניתוח פרטי בחו"ל	הטסה רפואית (סעיף 1.4.1)	עד 85,000 ₪	—	—
	הוצאות כרטיס טיסה (סעיף 1.4.2)	עד 35,000 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או עד 50,000 ₪ למבוטח ושני מלווים		
	הוצאות שהייה (סעיף 1.4.2)	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה יחיד ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ושני מלווים		
	הטסת גופה (סעיף 1.4.3)	ללא מגבלת סכום		
	הבאת מומחה לישראל (סעיף 1.4.4)	עד 100,000 ₪		
	הוצאות שהייה לאחר ניתוח (סעיף 1.4.5)	עד 30 ימים לאחר השחרור מבית החולים. עד 800 ₪ למבוטח ולמלווה יחיד או 1,200 ₪ למבוטח ושני מלווים, לכל יום שהייה ולא יותר מ-30 ימים		

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
כיסויים נלווים לניתוח פרטי בחו"ל	שיפוי בגין התייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר ניתוח (סעיף 1.4.6)	עד 10,000 ₪ לחוות דעת, זכאות לשתי התייעצויות ו/או ביקורות בחו"ל במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח שיפוי בגין כרטיס טיסה עד 10,000 ₪ ובגין הוצאות שהייה ומלווה אחד (במקרה של קטין-שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים.	—	20%
	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה ישירה מניתוח (סעיף 1.4.7)	פיצוי ע"ס 200,000 ₪ בגין פטירת המבוטח, כתוצאה מהניתוח או תוך 7 ימים לאחר הניתוח.	—	—
	ריפוי בעיסוק עקב ניתוח (סעיף 1.4.8)	עד 180 ₪ לטיפול, עד 12 טיפולים ועד שנה ממועד הניתוח.	—	20%

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
כיסויים נלווים לניתוח פרטי בחו"ל	הוצאות החלמה בעקבות הניתוח (סעיף 1.4.9)	בעקבות ניתוח הכרוך באשפוז של 7 ימים, שיפוי בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה עד 30 ימים ממועד השחרור מבית החולים, עד 800₪ ליום ועד 5 ימים	—	—
	אח/ות פרטי/ת בבית החולים, לאחר ניתוח (סעיף 1.4.10)	שיפוי עד 600₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז	—	—
	שירותי אמבולנס לבתי חולים (סעיף 1.4.11)	שיפוי מלא	—	—
פיצוי	פיצוי בגין הדבקת איידס או הפטיטיס B כתוצאה מניתוח (סעיף 1.4.12)	250,000₪	—	—
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק ד' - הוצאות רפואיות מיוחדות (שיפוי בגין מחלה קשה)

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵	השתתפות עצמית
שיפוי בגין הוצאות רפואיות	שיפוי בגין הוצאות כגון תשלום עבור טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז, כולל שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה על פי הוראת הרופא המטפל, אביזרים רפואיים מושתלים, חיצוניים או מתכלים, התאמת הדיור לצרכי המבוטח, וכן טיפולים בסימפטומים של המחלה, או הנובעים ממצב רפואי המחלה, כולל הקפאת/ שאיבת זרע/ ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן והוצאות העברה הנדרשות לצורך קבלת השירותים, או אחד האירועים הרפואיים המפורטים להלן:	שיפוי עד ל-50,000 ₪ ובמקרה של סרטן התקרה הינה עד 100,000 ₪ בגין הוצאות רפואיות עבור טיפולים, כאשר זו סכום מתחדש לאחר 30 חודשים. וזאת בכפוף כי ההוצאות הרפואיות שולמו ע"י המבוטח במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.	—	20%

⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵	השתתפות עצמית
שיפוי בגין הוצאות רפואיות	אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure), טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis), תרדמת (Coma), מחלת כבד סופנית (Terminal (Cirrhosis) (שחמת) (Liver Disease), אי ספיקת כבד פולמינינטית (Fulminant Hepatic), מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive), יתר לחץ דם (Pulmonary Disease), יתר ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension), צפדת (Tetanus), אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION), ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair), ניתוח אבי העורקים (Aorta), ניתוח מעקפי לב (CABG), שבץ מוחי (CVA), קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy), סרטן (Cancer), אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia), גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor), חירשות (Deafness), סוכרת נעורים מסוג DIABETES - MELLITUS -	במקרה של ביצוע ניתוח גדול והמבוטח אינו זכאי לשיפוי על פי סעיף אחר על פי פרק זה, סכום הביטוח המרבי יהיה 10,000 ₪.	—	20%

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵	השתתפות עצמית
שיפוי בגין הוצאות רפואיות	עיוורון (Blindness), פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis), שיתוק (פרפליגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis), כוויות קשות (Severe Burns), אילמות, אובדן דיבור Loss of (Speech), פרקינסון (Parkinson's), השתלת איברים (Disease Transplantation), עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis), ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis Brain Damage By Accident), דלקת חידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis), דלקת מוח (Encephalitis), ניתוח גדול- ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן, ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה 2 מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה על פי סעיף זה, איבוד גפיים (Loss of Limbs), תשישות נפש (Dementia) ונכות צמיתה עקב מחלה.	במקרה של ביצוע ניתוח גדול והמבוטח אינו זכאי לשיפוי על פי סעיף אחר על פי פרק זה, סכום הביטוח המרבי יהיה 10,000 ₪	—	20%
הערה	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק ה' - בדיקות אבחנתיות והתייעצויות עם רופאים

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁶	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח	שיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה (סעיף 3.1)	שיפוי עד 1,200 ₪ להתייעצות, ובכל מקרה לא יותר מ-3 התייעצויות לשנת ביטוח	—	20% מהתשלום או במידה ובוצעו בדיקות אלו במסגרת בית החולים אסותא, ללא הצורך בתשלום השתתפות עצמית

⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אנשרה) ⁶	השתתפות עצמית
בדיקות אבחנתיות	שיפוי בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות. הכוללות את הבדיקות הבאות - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T), Capsule Wireless Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול (סעיף 3.2)	שיפוי עד 20,000 ₪ לבדיקה ולא יותר מסך כולל של 80,000 ₪ לכל תקופת בדיקה. ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בתחום ובכתב	—	20% מהתשלום או במידה ובוצעו בדיקות אלו במסגרת בית החולים אסותא, ללא הצורך בתשלום השתתפות עצמית

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁶	השתתפות עצמית
אסותא עד הבית	שיפוי בגין בדיקות המבוצעות בבית המבוטח (בבית החולים אסותא) (סעיף 3.2)	שיפוי עד 5,000₪ לתקופת בדיקה	—	20% מהתשלום או במידה ובוצעו בדיקות אלו במסגרת בית החולים אסותא, ללא הצורך בתשלום השתתפות עצמית
חוות דעת שנייה בחו"ל	שיפוי עבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל (סעיף 3.4)	עד סכום מרבי של 6,500₪ למקרה ביטוח כיסוי מלא לחו"ד שנייה שבוצעה בחברה הקשורה למבטח	—	—
החזר הוצאות במקרה של טיסה לחו"ל לצורך חוות דעת שנייה בחו"ל	הוצאות כרטיס טיסה (סעיף 3.4)	הוצאות הטיסה במחלקת תיירים		
	הוצאות שהייה (סעיף 3.4)	עד 950₪ ליום ועד 7 ימים		
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק ו' - כיסוי ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם טיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל

תיאור הכיסויים בפוליסה תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) 7
ניתוח פרטי בישראל	הוצאות שכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח. (סעיפים 3.3 ו-3.2). מובהר כי הכיסוי ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.	כיסוי מלא	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה
טיפול מחליף ניתוח בישראל	כיסוי לשכר הרופא המומחה, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או מרפאה והוצאות אשפוז בגין תקופת האשפוז בפועל. (סעיף 3.4)	לנותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם - עד הסכום שבאתר האינטרנט בכתובת www.clal.co.il	

⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) 7
התייעצויות בישראל אגב ניתוח בישראל ו/או טיפול מחליף ניתוח בישראל	עד 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח. (סעיף 3.1)	לנותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,500 ₪.	90 יום למעט במקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה במקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח. חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ו' 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁸
ניתוח פרטי בישראל	כיסוי להוצאות שכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח. (סעיפים 3.3 ו-3.2). מובהר כי הכיסוי ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד וישולם ישירות לנותן השירות שבהסכם, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. (באופן שהתשלומים יבוצעו על ידי המבטח ישירות לנותן השירות שבהסכם).	כיסוי מלא בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן.	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה

⁸ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁸
טיפול מחליף ניתוח בישראל	כיסוי לשכר הרופא המומחה, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או מרפאה והוצאות אשפוז בגין תקופת האשפוז בפועל. (סעיף 3.4)	לנותן שירות שבהסכם - ישולם ישירות לנותן השירות שבהסכם, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. לנותן שירות שאינו בהסכם - קיים. שיפוי בגין תשלום ששילם בפועל המבוטח, אך לא יותר מהסכום שבאתר האינטרנט בכתובת www.clal.co.il ניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן.	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁸
התייעצויות בישראל אגב ניתוח בישראל ו/או טיפול מחליף ניתוח בישראל	עד 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח. (סעיף 3.1)	לנותן שירות שבהסכם - ישולם ישירות לנותן השירות שבהסכם, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. לנותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי בגין תשלום ששילם בפועל המבוטח, אך לא יותר מ-1,500 ₪, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן.	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח. חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ז' - שירותים רפואיים שאינם באשפוז

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁹ (אכשרה)	השתתפות עצמית
כיסוי לחוות דעת לבדיקה פתולוגית	עבור חוות דעת פתולוגית, בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש (סעיף 3.1)	שיפוי עד 4,500 ₪ לשנת ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.	90 יום	20%
חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה	שיפוי עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה (סעיף 3.2)	עד 80% מההוצאות בפועל ועד סכום מרבי של 3,000 ₪ למקרה ביטוח	90 יום	20%
טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה ללא קשר לניתוח (סעיף 3.3)	עד 80% מההוצאות בפועל עד 200 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בסה"כ לשנת ביטוח	90 יום	20%

⁹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
טיפול שיקום וסיעוד	שיפוי בגין טיפולי שיקום וסיעוד על פי הוראת רופא כגון: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, הסרת תפרים, הכנסת קטטר וזונדה, חידוש חבישות, ריפוי בעיסוק (סעיף 3.4)	עד 80% מההוצאות בפועל עד 250 ₪ לטיפול ולא יותר מ-16 טיפולים לשנת ביטוח	90 יום	20%
שיקום דיגיטלי לאחר ניתוח גדול	שיקום לאחר ניתוח להחלפת פרק ירך ו/או פרק ברך ו/או לאחר אירוע מוחי ו/או לאחר ניתוח לב ויבצע את השיקום לאחר הניתוח בביתו באמצעות מערכת טלמדיסין אשר מנחה את החולה ומדריכה אותו באמצעות אפליקציה ממוחשבת מפוקחת על ידי פיזיותרפיסט שיקומי. (סעיף 3.5)	עד 80% מההוצאות ועד 2,000 ₪ לכל תקופת השיקום	90 יום	20%
ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה	מבוטח/ת אשר אובחן כחולה במחלת הסרטן או עבר אירוע מוחי יהיה רשאי לרכוש שירותי ליווי מקצועי מצוות מולטי דיציפלינרי הכולל רופא מומחה, עובד/ת סוציאלי/ת, ו/או פסיכולוג/ית ו/או אחות לצורך קבלת מידע וסיוע רפואי ו/או סיעודי ו/או רגשי בעת ההתמודדות עם המחלה בשלביה השונים כולל בשלב של מחלה סופנית (סעיף 3.6)	עד 85% מההוצאות בפועל עד 5,000 ₪ לחודש ולא יותר מ-20,000 ₪ למקרה ביטוח	90 יום	15%

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
טיפולים ובדיקות אונקולוגיות	טיפול רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים או גלי קול או גלים מגנטיים או זרם חשמלי לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות קסדת novacur או דומה לה, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביוז רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וטיפולים בקירור למניעה של נשירת שיער וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לרבות החדרת ג'ל להפחתת רמות קרינה באברים סמוכים והחדרת גרגרי זהב להעלאת רמת הדיוק של הקרינה. כמו גם בדיקות הדמיה עם סומטוסטטין. כמו גם שמירת מח עצם ו/או הקפאת ביציות וזרע לשימור אצל חולה אונקולוגי (סעיף 3.7)	עד 85% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-120,000 ₪ לשנת ביטוח. ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום	90 יום	15% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁹ (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים	שיפוי בגין טיפול באמצעות אוזון, תא לחץ, מאקרופגים או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת (סעיף 3.8)	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח	90 יום	15%
מנוי לשירותי משדר קרדילוגי	שיפוי בגין הוצאות מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה (סעיף 3.9)	עד לסך כולל של 3,900 ₪	90 יום	25%
שיקום לאחר השתלת לב או ניתוח לב או אירוע לבבי	שיפוי בגין הוצאות שיקום לרבות התעמלות שיקומית, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח או האירוע הלבבי, בתנאי שמצב הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית (סעיף 3.10)	עד 300 ₪ לחודש ועד 12 חודשים.	90 יום	25% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן	שיפוי עבור הוצאות שהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול, ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימותרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תכנית ייעודית לחולים אונקולוגים. (סעיף 3.11)	עד 75% מההוצאות בפועל עד לסכום של 700\$ ליום ועד 14 יום, ובמקרה של ניתוח גדול רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרור מבית החולים, ובמקרה של החלמה מסרטן, רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא להחלמה אונקולוגית ועד לסכום של 700\$ לכל יום לטיפול ועד 21 ימי טיפול.	90 יום	25% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	השתתפות עבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה (סעיף 3.12)	עד 75% מההוצאות ולא יותר מ-4,000 ₪ לשנת ביטוח. ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.	90 יום	20% מהתשלום
שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב-amblyopia	השתתפות בהוצאות בגין בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה (סעיף 3.13)	עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	90 יום	20% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
אח/ת פרטית	השתתפות בגין השכרת שירותי אח/ות פרטי/ת, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו לאחר אשפוז (ללא קשר לביצוע ניתוח) (סעיף 3.14)	עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-750 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה, וגם שיפוי בגין שדרוג חדר האשפוז לחדר פרטי (חדר יחיד) בסך 2,500 ₪ לכל תקופת האשפוז ולא יותר מההוצאה בפועל	90 יום	20% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
אביזר/ים רפואי	השתתפות בהוצאות בגין הוצאות עבור אביזר רפואי, כולל במהלך אשפוז, כגון: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות במקרה של: קרטוקונוס, קוצר ראייה מעל 7, השתלת קרנית וריפוי קרנית, עדשה טלסקופית ולמבוטח עם אסטיגמציה (צילינדר), שתל קוכליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולים, כולל חולי סוכרת הסובלים ממנק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, גלוקומטר, חגרות בקע, מקלונים לבדיקת סוכר, או כל אביזר אחר ע"פ המלצת רופא מומחה בתחום. (סעיף 3.15)	עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-8,000 ₪ לשנת ביטוח	90 יום	20% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
הדפסת איברים	השתתפות בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים/ים להמחשה, הנדרש/ים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס (סעיף 3.16)	עד 90% מההוצאות שיפוי כנגד חשבונות/קבלה בסך של 2000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו-15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח	90 יום	10% מהתשלום
חדר מלח	השתתפות בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להפניית רופא מומחה (סעיף 3.17)	עד סכום של 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנה.	90 יום	—

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁹ (אכשרה)	השתתפות עצמית
שיקום הליכה ויציבה	שיפוי עבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, או טיפול בג'ירוטוניק/ בגירוקינזיס, לטיפול בהפרעה נוירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה כגון פגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי ו/או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק (סעיף 3.18)	עד 80% מההוצאות עד סכום של 7,000 ₪ ל-30 חודשים ויתחדש לתקופה נוספת. ובלבד כי ניתנה הפניה בכתב מאת רופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום	90 יום	20% מהתשלום
פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח	פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח (סעיף 3.19)	עד סכום של 400 ₪ ליום החל מהיום השלישי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום	90 יום	—

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
הזרקות למפרקים כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית, סטרואידים והזרקות PRP	השתתפות עבור עלות טיפול להזרקות חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק (סעיף 3.20)	עד 85% מההוצאות שיפוי כנגד חשבונית/ קבלה עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	90 יום	15% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם	השתתפות בגין עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) (סעיף 3.21)	עד 85% מההוצאות שיפוי כנגד חשבונית/ קבלה עד סכום מרבי של 4,500 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.	90 יום	15% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
טיפול בכאב	השתתפות בעלות בגין טיפולים הנדרשים להקלת בכאב לרבות ולא רק כאבי גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב וסטרואידים לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלב, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב, משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הנירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה(אם קיים) (סעיף 3.22)	שיפוי בגין התשלום המלא או החלקי עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ₪ לטיפול ו-10,500 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי בגין אביזר כגון קוצב נגד כאב או משאבה, ישולם החזר בסך של 75% מעלות האביזר ולא יותר מ-30,000 ₪. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.	90 יום	בין 20%- ל-25% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי	השתתפות בעלות עבור טיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיימים) (סעיף 3.23)	עד 85% מההוצאות עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	90 יום	15% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁹ (אכשרה)	השתתפות עצמית
הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה	השתתפות בעלות עבור טיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) (סעיף 3.24)	עד סכום מרבי של 6,000 ₪ בגין כלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	90 יום	—

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית	השתתפות בעלות עבור הזרקה או סדרת הזרקות (בגין ההזרקה והחומר המוזרק גם יחד) (סעיף 3.25)	עד 85% מההוצאות עד סכום מרבי של 2,000 ₪ להזרקה ולא יותר מ- 10,000 ₪ לסדרת הזרקות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	90 יום	15% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁹ (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפול ממוקד במחלת הסרטן	שיפוי עבור עלות הטיפול בגלי הלב, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים וחשמליים לטיפול ממוקד בסרטן, לרבות שכר הרופא, החומר המוזרק, האביזרים וציד נלווה (סעיף 3.26)	עד סכום מרבי של 80,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	90 יום	—

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
טיפול פסיכולוגי	טיפולים פסיכולוגיים שיינתנו על ידי פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג שיקומי בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות והרשום בפנקס הפסיכולוגים ו/או עובד סוציאלי קליני בעל הסמכה בתוקף והרשום בפנקס העובדים הסוציאליים. הזכאות לטיפול פסיכולוגי הינה אך ורק כתוצאה מהמקרים המפורטים להלן: הפרעות אכילה, אלימות במשפחה, פגיעה מינית, מוות של בן משפחה קרוב מדרגה ראשונה, תאונת דרכים שהמבוטח עבר, ניתוח גדול שהמבוטח או בן משפחה מקרבה ראשונה עבר, מחלה ממארת שהמבוטח או בן משפחה מדרגה ראשונה עבר, גירושין של המבוטח מבן/ת זוג, פיטורים של המבוטח ממקום עבודתו (סעיף 3.27)	שיפוי בסך 150 ₪ לטיפול פסיכולוגי ולא יותר מעלות הטיפול בפועל, ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח. בנוסף ינתן שיפוי עבור 2 פגישות עם פסיכיאטר בשנה, בסך 280 ₪ לכל פגישה	90 יום	—

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
קנאביס רפואי	שיפוי בגין טיפול בקנאביס רפואי בשל מחלת הסרטן (סעיף 3.28)	עד 80% מההוצאות בסך של 1,000 ₪ לחודש ועד סכום ביטוח מרבי של 25,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה	90 יום	20% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁹ (אכשרה)	השתתפות עצמית
ביקור רופא	שיפוי בגין הוצאה כספית בה נשא המבוטח עבור שירות ביקור רופא בבית המבוטח. הביקור יכלול בין היתר, בדיקה גופנית, לרבות שימוש במכשירי עזר, קביעת אבחנה רפואית, מתן תרופה ראשונית, הפנייה להמשך טיפול אצל רופא המשפחה/ רופא מומחה ו/או הפנייה למיין (סעיף 3.29)	עד 85% מההוצאות סכום ההחזר עד 500 ₪ לביקור ועד 2 ביקורים בשנה, במסגרת שירותי "אסותא" עד הבית"	90 יום	15% מהתשלום
אבחון בבעיות התפתחות של ילדים	שיפוי בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד (סעיף 3.30)	עד 80% מההוצאות עד סכום ביטוח של 2,500 ₪ לתקופת בדיקה	180 יום	20% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
טיפול בבעיות התפתחות של ילדים	שיפוי עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילדים מגיל 3-16 שאובחנו ע"י מומחה לנוירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות, הרטבה בילדים ו/או טיפולים בהפרעות אכילה. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, שחיה/ספורט טיפולי/ ו/או באמצעות בעלי חיים (סעיף 3.30)	עד 80% מההוצאות ועד 150 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בשנה.	180 יום	20% מהתשלום
פיצוי בגין היעדרות מהלימודים	פיצוי עד גיל 21, בשל היעדרות מלימודים עקב תאונה או מחלה במהלך תקופת הביטוח (סעיף 3.31)	פיצוי עד 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלאה החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 ימים (ימי חופשה וחגים לא יחשבו).	180 יום	—

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁹ (אכשרה)	השתתפות עצמית
בעיות הרטבה לילדים	מבוטח מעל גיל 5 זכאי לטיפולים למניעת הרטבה (סעיף 3.32)	עד 2 טיפולים במהלך הביטוח ועד 700 ₪ לטיפול	180 יום	—
פיצוי במקרה של אשפוז ילדו של המבוטח	פיצוי בשל אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, למבוטח עד גיל 21 (סעיף 3.33)	עד 250 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימים		
בדיקת סקר תקופתית	שיפוי בגין עלות ביצוע של בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), אחת לשנתיים, אשר כוללת בין היתר את הבדיקות הבאות: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ריאה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב - א.ק.ג. ו/או ארגומטריה (סעיף 3.34)	עד 85% מההוצאות עד לסכום של 1,200 ₪ לכל הבדיקות, כל שנתיים	90 יום	15% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
רפואה מונעת מגיל 50 ואילך	שיפוי עבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, (סעיף 3.35)	עד 80% מההוצאות ועד 350\$ לכל בדיקה עד שלוש בדיקות לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה	90 יום	20% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
בדיקות, שירותים וטיפולים להריון	שיפוי בגין בדיקות הריון. "בדיקות הריון" כוללות את הבדיקות הבאות: בדיקת חלבון עוברי, בדיקת שקיפות עורפית, סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר, סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר, בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות, צ'יפ גנטי, מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון NIPT לסוגיה, כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה, התייעצות עם רופא מומחה במהלך ההריון לצורך ביצוע מעקב הריון, ובדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון (סעיף 3.36)	80% מהתשלום בגין כל בדיקות ההריון למבוטחת להריון - ועד 6,000 ש"ח. ובגין יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההריון ו/או לאחריו, עד 3,000 ש"ח. בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 175% מהתקרות הנקובות לעיל.	180 יום	20% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁹ (אכשרה)	השתתפות עצמית
הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה	שיפוי עבור בדיקות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה (סעיף 3.37)	עד 80% מההוצאות ועד לסכום של 4,000 ₪ למקרה ביטוח	180 יום	20% מהתשלום
שימור דם טבורי	שיפוי בגין ההוצאות בפועל עבור איסוף ושימור דם טבורי (סעיף 3.38)	עד 80% מההוצאות ועד לסכום של 4,000 ₪ להריון		
החזרים כתוצאה מסיבוכי הריון	פיצוי עבור אשפוז כתוצאה מהצורך בשמירת הריון ו/או מסיבוכי הריון ו/או לידה (סעיף 3.39)	פיצוי עד 200 ₪ לכל יום אשפוז, ועד 7 ימי אשפוז ולא יותר מ-5,000 ₪ לכל הריון לכל יום באשפוז או בבית, מעבר ל-עד 80%	180 יום	—

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁹ (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפול פריין לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל	שיפוי עבור בדיקות ו/או טיפולי פריין, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות, כולל לצורך שימור ו/או פעולות חודרניות ברחם ו/או או בחצוצרות ו/או פעולות חדרניות באשך, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע, למבוטח/ת ו/או בן/בת הזוג להורות וכל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטח/ת ו/או בת הזוג להורות להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה (סעיף 3.40)	מההוצאות וזאת עד תקרה בסך 20,000 ₪ לכל ילד ועד שני ילדים. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.	180 יום	20% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
מימון לבדיקות וטיפולים רפואיים הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל	שיפוי בגין בדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות, אם התקיימה בישראל, נעשתה ע"פ הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 (סעיף 3.41)	עד 80% מההוצאות בפועל וזאת עד תקרת הסכום 25,000 ₪ לסדרת טיפולים ועד 3 סדרות טיפול. יובהר כי המדובר בשיפוי בגין בדיקות, טיפולים ושירותים להיריון, כולל בדיקות טרום היריון ובדיקות גנטיות וטיפולי IVF, שבוצעו לצורך הפונדקאות	180 יום	20%

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
רפואה משלימה	שיפוי בגין טיפולים לרפואה משלימה, להלן רשימת הטיפולים המכוסים: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו - פידבק, נטורופתיה, יעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, טווינא, חדר מלח ופרחי באך (סעיף 3.42)	80% מההוצאות, עד 160 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח. הזכאות הינה כנגד המצאת הפניה של רופא מומחה או רופא משפחה לקבלת הטיפול, בה תצוין מהות הבעיה שבגינה נדרש הטיפול. יובהר כי ההחזר בגין טיפול המכוסה בפרק זה הינו עד תקרת ההחזר המוגדרת בסעיף זה. ובלבד שהטיפול ניתן ע"י מטפל שזה תחום עיסוקו ועבר הכשרה בתחום הרלוונטי (למעט הטיפול בחדר מלח). מובהר כי לא יכוסו טיפולים הניתנים במסגרת ספא ו/או בבית מלון.	90 יום	20% מהתשלום

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
אביזרים לאחר ניתוח	שיפוי בגין ההוצאות בפועל לשם אביזרים הנדרשים לאחר ניתוח לצורך הגנה על האיבר המנותח (סעיף 3.43)	עד 80% מההוצאות עד תקרת של ₪2,500	90 יום	20%
שיפוי שב"ן	קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה.			
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק ח' - פיצוי למקרה גילוי מחלה קשה

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) 10	השתתפות עצמית
ביטוח מחלות קשות	פיצוי עבור גילוי מחלה קשה, מ-50,000 ₪ עד 150,000 ₪ (הפיצוי תלוי בהתאם לרכישת המבוטח) עבור המחלות כדלקמן; אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure), טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis), תרדמת (Coma), מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis), מחלת כבד סופנית (Terminal Liver Disease), אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure), מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension), אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION), ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair), ניתוח אבי העורקים (Aorta), שבץ מוחי (CVA), סרטן (Cancer) אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia), גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor), חירשות (Deafness), עיוורון (Blindness), פוליו (שיתוק ילדים), (Poliomyelitis).	פיצוי עבור גילוי מחלה קשה, מ-50,000 ₪ עד 150,000 ₪ (הפיצוי תלוי בהתאם לרכישת המבוטח)	—	—

¹⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקורות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) 10	השתתפות עצמית
ביטוח מחלות קשות	שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis), כוויות קשות (Severe Burns), אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech), פרקינסון (Parkinson's Disease), השתלת איברים (Organ Transplantation), עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis), ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis), פגיעה מוחית מתאונה Brain Damage By Accident, דלקת חיידיקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis), דלקת מוח (Encephalitis), ניתוח מעקפי הלב, צפדת (טטנוס) (Tetanus)	פיצוי עבור גילוי מחלה קשה, מ-50,000 ₪ עד 150,000 ₪ (הפיצוי תלוי בהתאם לרכישת המבוטח,	—	—
ביטוח מחלות קשות	קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy), ניתוח מעקפי לב (CABG), איבוד גפיים (Loss of Limbs), תשישות נפש (Dementia), מצב רפואי ובלתי הפיך, סכרת נעורים, נכות צמיתה, תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).	פיצוי עבור גילוי מחלה קשה, מ-50,000 ₪ עד 150,000 ₪ (הפיצוי תלוי בהתאם לרכישת המבוטח	—	—
תום תקופת הביטוח	ביטוח זה יסתיים עבור כל מבוטח במלאות לו 70 שנה או כאשר ישולם מלאו תגמולי הביטוח בגין פרק זה.			

כל סכומי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ביום 15.08.2022 שהינו 13,243 נק'.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

אופן הגשת תביעה

בהיוודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, לרבות הצורך בניתוח או בהשתלה, עליך לפנות אל כנען סוכנות לביטוח המעמידה לרשותכם מוקד שירות: לשירות ותביעות טל': 03-7688428

כמו כן ניתן לפנות אל מוקד שירות הלקוחות של כלל ביטוח הייעודי 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 אותו ניתן לקבל ע"י מוקד שירות הלקוחות אשר ימולא ויחתם 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.clal.co.il.

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

ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים, הנהוגים אצל המבטח באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום הכספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.

אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח דחוף ושמנע ממך להודיע לחברת הביטוח מראש על כך, תדון החברה בתביעה לאחר הניתוח. התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח והתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת חברת הביטוח תוך 24 שעות.

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 השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי:

- 1.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
- 1.2 הפניה לניתוח - מילוי טופס תביעה.
- 1.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי 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 מביה"ח.
- 2.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי 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 ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
- 3.2 מילוי טופס תביעה.
- 3.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שהוגשה כתביעה לביטוח וממתי 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.

נספח א' להסכם מיום 01.11.2022

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אסותא מרכזים רפואיים ובית החולים אסותא אשדוד ובני משפחותיהם

פרק מבוא

הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח.

- 1.1 **החברה** - או **"המבטח"** - כלל חברה לביטוח בע"מ
- 1.2 **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 **"תאריך תחילת הביטוח"** - 01.11.2022
- 1.4 **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.5 **"הסכם הביטוח"** - חוזה הביטוח מיום 01.11.2022 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.6 **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.7 **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש.
- 1.8 **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.9 **"בית חולים פרטי"** - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/ שר"ן ו/או קרנות מחקר. יובהר שהגדרה זו אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מ"השקל הראשון" ומשלים שב"ן).

- 1.10 "בית חולים שבהסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.8 ו-1.9 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח. מובהר כי למבטח הסכמים עם כל בתי החולים הפרטיים בישראל.
- 1.11 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.12 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.13 "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.14 "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.15 "מנתח הסכם" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל ואשר קשור בהסכם עם המבטח.
- 1.16 "מנתח אחר" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.17 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.18 "רופא מרדים בהסכם" - רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדימים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.19 "רופא מרדים אחר" - רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.20 "אשפוז" - שהייה בבית חולים הכוללת בין השאר הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופזיות/תרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבטח.
- 1.21 "נותן שירות בהסכם" - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.

1.22 "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.

1.23 "שתל" - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכון המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".** הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

1.24 "ניתוח" - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמן כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה

ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".** הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

1.25 **"תחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל. יובהר כי כאשר לא קיים ניתוח המאפשר טיפול במצבו הרפואי של המבטח, והטיפול הרפואי האפשרי הוא טיפול שאינו ניתוח, יוגדר הטיפול כתחליף ניתוח. **הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.**

- 1.26 **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.27 **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.28 **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה, על בסיס המלצה של רופא מטעם המבוטח מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.29 **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול ואשר אינו קונבנציונאלי ו/או אינו מקובל לפי אמות מידה מקובלות בישראל.
- 1.30 **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.31 **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.
- 1.32 **"יועץ מלווה"** - היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ.
- 1.33 **"גיל" או "גיל המבוטח"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.

- 1.34 **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.35 **"בעל הפוליסה"** - מי שהמתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או בנות. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת, והכל בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 1.36 **"העובדים"** - עובדים/ים אצל בעל הפוליסה.
- 1.37 **"מבוטחים קיימים"** - עובדים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם בערב כניסת ביטוח זה לתוקף ובני משפחותיהם.
- 1.38 **"העובדים החדשים"** - עובדים/ים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה.
- 1.39 **"בני משפחה / בני משפחותיהם"** - בני/בנות זוגם של העובד (כולל בני אותו המין), לרבות ידוע/ה בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד וילדיהם (הנכדים) ובני/בנות זוגם.
- 1.40 **"שב"ן"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.41 **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.42 **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.43 **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט - 2009.

1.44 **"קופת חולים" - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.** המבטח יסתמך בקביעת זכאות המבוטח לטיפול הרפואי על פי תנאי הפוליסה על קביעות רפואיות של קופת חולים.

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

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

1.47 **"דמי הביטוח" או "הפרמיה" - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה.**

1.48 **"סכום ביטוח" - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.**

1.49 **"המדד" - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שייוחד לשירותי הבריאות.**

1.50 **"דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.**

1.51 **"תקופת (ה)בדיקה" - תקופה של 30 חודשים ממועד תחילת פוליסה זו.**

1.52 **"השתתפות עצמית" - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.**

1.53 **"סייג בשל מצב רפואי קודם" - חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה,** או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

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

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

1.56 **תאונה - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה** מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידי לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק,** **אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".**

2. תקופת הסכם הביטוח:

2.1 תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה מיום 01.11.2022 וסיומה ביום 31.10.2027 (להלן: **"תקופת ההסכם"** ו/או **"תקופת הביטוח"**).

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

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

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

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

3. אופן הצטרפות

3.1 מבטחים קיימים יצורפו לרובד בו היו מבטחים בביטוח הקודם באופן אוטומטי, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג גרפואי קודם כלשהוא ולעניין חריג מצרפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודם. מועד תחילת הביטוח עבור המבטחים הקיימים יהיה המועד בו הצטרפו לראשונה לביטוח הקודם. מבטחים קיימים שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים ממועד תחילת הפוליסה ולאחר תקופה זו יבוטלו.

3.2 עובדים חדשים וילדים עד גיל 24 (כולל) יצורפו לרובד הבסיס באופן אוטומטי, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה.

3.3 עובדים חדשים וילדים עד גיל 24 (כולל) יצורפו לרובד ההרחבה ובני משפחותיהם האחרים יצורפו לכל רובד הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שימלאו טופס הצטרפות ויממשו את זכאותם תוך 120 יום מהמועד בו החל העובד החדש לעבוד אצל בעל הפוליסה, או תוך 120 יום ממועד תחילת ביטוח זה, או 120 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או חל"ד, כאשר מועד תחילת החל"ד/חל"ת היה לפני תאריך תחילת ביטוח זה. מועד הצטרפותם לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרפו להסכם הביטוח בפועל.

- 3.4 עובד שנישא או הפך לידוע בציבור בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה, לרבות ילדים בוגרים ובני משפחתם, בתוך 120 יום ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הצירוף בפועל.
- 3.5 תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו המבוטח, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 120 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הולדת הילד או יום אימוצו. מובהר כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח הפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה, ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר, החל מהתאריך בו הגיעו לגיל בוגר כמוגדר לעיל.
- 3.6 יודגש שמבוטחים כאמור בסעיפים 3.3, 3.4, ו-3.5 יצורפו לרובד 3 (פיצוי בגין מחלה קשה), בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת.
- 3.7 עובד אשר יבקש להצטרף לביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים הנדרשים למלא הצהרת בריאות, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לפוליסה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 ימי עסקים ממועד קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח.
- 3.8 מבוטחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. במידה והמבוטח הראשי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גביה אישי.
- 3.9 יובהר כי גריעת מבוטח מקובץ המבוטחים ו/או אי הוספת מבוטח לקובץ המבוטחים, אשר נגרמה בטעות ו/או בתום לב ו/או עקב השמטה מקרית

ו/או בלתי מכוונת, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה ו/או הסוכן אישור בכתב, המאשר את העובדה שגרירתו או אי הוספתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גרירתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.

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

3.11 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.

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

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

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

3.15 צירוף מבוטח - בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

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

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרק כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

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

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

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

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו

קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי

בסיסי"- פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

(א) ניתוחים

(ב) תרופות

(ג) השתלות

(ד) מחלות קשות

(ה) שיניים

(ו) תאונות אישיות

3.16 חובת הגילוי

3.16.1 (א)

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

(ב)

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

(ג)

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

3.16.2 (א)

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

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

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

(1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

(2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

3.16.3 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.15.2. לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

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

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

4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים:

4.1 תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, לגבי כל אחד מהמבוטחים,

יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:

רובד בסיס:

- (א) **מבוטחים קיימים ברובד הבסיס** - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- (ב) **עובד חדש וילדיו עד גיל 24** - הראשון (1) לחודש בו החל העובד את עבודתו אצל בעל הפוליסה.
- (ג) **בני משפחת העובד החדש** - הראשון (1) לחודש העוקב למועד שבו הוגש טופס ההצטרפות.
- (ד) **עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות** - הראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

רובדי הרחבה:

- (א) **מבוטחים קיימים ברובדי ההרחבה** - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- (ב) **עובדים קיימים שלא היו מבוטחים בביטוח הקודם ועובדים חדשים ובני משפחותיהם** - הראשון (1) לחודש העוקב למועד שבו הוגש טופס ההצטרפות.
- (ג) **עובדים ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות** - הראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

4.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- (א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- (ב) בתום תקופת הסכם הביטוח.
- (ג) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, 3 ימים לאחר קבלת הודעת הביטול.

(ד) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד - 60 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 25, ישלח המבטח הודעה בה יעדכן את העובד על הגעת הילד לגיל 25 ואודות עליית התעריף. במידה והעובד בחר שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר, יוכל הילד הבוגר לבחור להמשיך בביטוח פרטי בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט.

5. ביטוח בעת חל"ת / חל"ד:

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

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

6.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פטורין, עזיבת עבודה, גירושין, רילוקיישן, או פרישה לגמלאות, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 30% לתקופה של 5 שנים והחל מהשנה השישית 10% לכל החיים, וזאת מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבוטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.

- 6.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 6.3 על המבוטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבוטח.
- 6.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבוטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.
- 6.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.
- 6.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.
- 6.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.
- 6.8 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבוטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח:

דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם הינם כמפורט להלן:

מבוטח	בסיס	מסלול שקל ראשון	מסלול משלים שב"ן	מחלות קשות פיצוי*** (יחידה בשווי 50,000 ₪)
עובד / ילד/נכד בוגר**	37.28	83.30	67.44	31
בן זוג	50.80	83.30	67.44	31
ילד*	-	29.35	19.84	5
נכד*	13.49	29.35	19.84	5

* ילד/נכד - עד גיל 24.

** ילד/נכד בוגר - מגיל 25 ואילך.

** גורם משלם ואופן התשלום:

עובד וילדים עד גיל 24: רובד בסיס: במימון המעסיק (כולל גילום)

עובד וילדים עד גיל 24: רובדי הרחבה: במימון העובד (במרוכז/אמצעי גביה אישית)

בני המשפחה הנותרים: בכל הרבדים: במימון העובד (במרוכז/אמצעי גביה אישית)

*** שווי יחידת פיצוי: 50,000 ₪ ועד 3 יחידות פיצוי בסך הכל

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

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

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

7.4 קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

7.4.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף

להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח

שנושא בהם המבוטח;

7.4.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה

למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

7.4.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע

בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות

גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

7.4.4 במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח

מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

7.4.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם

המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7.5 התאמת דמי הביטוח

7.5.1 בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, המבטח

יהא רשאי להתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של נתוני תיק הביטוח.

7.5.2 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי

אחוז ההפסד ולא יותר מ-25%. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה

ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות,

להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה.

במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים או תופחת הפרמיה, בהסכמה

שבין בעל הפוליסה למבטח וכפי שיוחלט בין הצדדים.

7.5.3 במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהיה רשאי

להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום

למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

8. תגמולי ביטוח

8.1 המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות

לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא

רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או בחשבוניות, גם באופן דיגיטלי,

כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח

אצל המבטח.

8.2 בכפוף לאמור לעיל, המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו,

כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות

רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה

שנויה במחלוקת.

8.3 במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל

נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור,

לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק

המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את

הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

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

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

8.6 נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השרות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

8.7 הוראות לעניין כפל ביטוח וזכות שיבוב: המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי 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. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב

בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

8.8 המבטח יודיע למבוטח בתוך 7 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 7 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור או דחיה של התביעה. יודגש, שבמקרים בהם מדובר בפרוצדורות עתידיות, שטרם בוצעו, האישור (או הדחיה) יינתן על פי הצורך הרפואי.

9. גבית דמי הביטוח:

9.1 מוטלת על המבוטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.

9.2 מבטח לא יצרף מבטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת"). במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי.

9.3 האמור בסעיף 9.2 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

9.3.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.

9.3.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים

שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "רצף ביטוחי").

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

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

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

10. פיגורים בתשלומים:

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

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

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

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

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

11. וועדת ערר:

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

11.2 המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.

11.3 הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח והיועץ. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.

11.4 החלטת הוועדה תחייב את המבטח.

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

12. תחלופ (סברוגציה):

12.1 מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות על פי חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

12.2 במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות

המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

12.3 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

13. ביטוח כפל:

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

13.2 בפוליסות שתגמולי הביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח

14. תביעות:

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

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

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

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

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

15. התיישנות תביעות:

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

16. יועץ ביטוחי רפואי:

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

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

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

16.3 במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של

המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.

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

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

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

17. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

17.1

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

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

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

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

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

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

17.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החזזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחזזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

17.4 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)(2); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

17.4.1 חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד

בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

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

17.4.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

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

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

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

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

19. תנאי הצמדה למדד:

19.1 כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים

למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:

19.1.1 "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות)

שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

19.1.2 "המדד היסודי" - המדד האחרון שפורסם ביום כניסת ההסכם

לתוקף, דהיינו המדד הידוע ביום 15/08/2022, מדד 13243.

19.1.3 "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני

יום התשלום.

19.2 כל תשלומי המבטח וההשתתפות העצמית על פי פרקי הכיסוי יוצמדו

לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

19.3 כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו

בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום

ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

20. קיומן של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת

השירות הצבאי

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא,

המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבטח בעת השרות

הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ

למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבטח

בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות

מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבטח

נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

21. חריגים כלליים:

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

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

21.2 פגיעה כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה על רקע לאומני, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

21.3 פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

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

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

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

21.7 השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית ו/או צבאית ו/או משטרתית ו/או מהפיכה ו/או מרד ו/או הפרעות ו/או מהומות ו/או מעשה חבלה למען הסר ספק, מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך שירותו הצבאי, יוחרג רק במידה ונבע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.

21.8 פגיעה מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי).

21.9 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח

- להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/ים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר או תרופה לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים, תאונות ו/או ניתוחים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חייך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רביה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה; ניתוח לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר יכוסה אם קיימת אינדיקציה רפואית ע"פ קריטריונים רפואיים מקובלים לביצוע הניתוח כפי שנקבעה ע"י רופא עיניים מומחה, אשר לא יבצע את הניתוח ואינו קשור במכון הרפואי שבו מבוצע הניתוח.
- 21.10 טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הלסינקי, אלא אם מכוסים במסגרת אחד מפרקי הפוליסה.
- 21.11 סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.

ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.

"המועד הקובע" לענין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.

"המועד הקובע" לענין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לענין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

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

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

- (1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
- (2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

יודגש שחריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על הפרק האמבולטורי ושירותים רפואיים נוספים.

חובד בסיס

פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות:

1.1 **המרכז הלאומי להשתלות** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.

1.2 **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן:

1.2.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל, או אינו מאושר לביצוע ע"י הרשות המוסמכת בישראל, או אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.

1.2.2 הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או מחלה גידולית אחרת, או מחלה אוטואימונית העלולה לסכן את חיי המבוטח.

1.2.3 סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.

1.2.4 הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל, בהתאם לניסיון המצטבר לפי גודל האוכלוסייה.

1.2.5 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה, או מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.

1.2.6 ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.

1.2.7 הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.

1.3 **השתלה** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב (תאי גזע),

מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, או הוצאת מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים ייחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. השתלה של איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים בתנאי מעבדה, תקרא "השתלת איברים שגודלו במעבדה" ותחשב כמקרה ביטוח על פי תנאי פוליסה זו.

מובהר כי השימוש במכונת החיאה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה ע"פ פרק זה.
ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

1.3.1 ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.

1.3.2 ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.

1.3.3 ההשתלה כפופה לחוק סחר איברים.

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

2. מקרה הביטוח:

2.1 **השתלה:** צורך בהשתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

2.2 **טיפול מיוחד בחו"ל:** צורך בטיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע ע"פ המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. התחייבות המבטח:

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

3.1 השתלה הנערכת בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.

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

3.2 **לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא.** אם הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי של 1,200,000 ₪.

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

3.3.1 תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בי אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה.

3.3.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת

האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין שתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושגלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.3.3 שכר כל הצוות הרפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;

3.3.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;

3.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;

3.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.

3.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 365 ימים לאחר ביצועם.

3.3.8 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקות הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלך וחזור במחלקת תיירים למבוטח ומלווה אחד, ובמקרה והמבוטח הינו קטין - לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

3.3.9 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.

3.3.10 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD).

3.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:

3.4.1 הוצאות לצורך איתור האיבר המושגל בארץ או בחו"ל לרבות

הוצאות כרטיס טיסה הלך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות

איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת

מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי - עד תקרת הסכום 210,000₪

3.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד תקרת הסכום 210,000₪.

3.4.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, כולל החזר בגין הוצאות טיסה ומגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה.

3.4.4 הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת 1000₪ למלווה יחיד או 1,500₪ לזוג מלווים ליום ועד 200,000₪

3.4.5 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או ייעוץ ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.4.6 הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת החזר בסך 150,000₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל ועד תקרת החזר בסך 200,000₪ בגין ביצוע השתלה.

3.4.7 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.4.8 תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום של 150,000₪.

3.4.9 תשלום בגין מעקב, ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול.

3.4.10 תשלום פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.

3.4.11 תשלום פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל בסך 150,000 ₪.

3.5 תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:

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

3.6 תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה

3.6.1 מבוטח שעבר השתלה בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.

למען הסר ספק, המבוטח רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.5 או 3.6 ובכל

מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.5 או 3.6, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו-3.4 לעיל, אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור להלן בסעיפים 3.7 ו-3.8.

3.7 גמלת החלמה למועמד להשתלה:

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

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

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

3.8 גמלת החלמה לאחר השתלה:

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

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

3.9 החזר הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל:

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן, לרבות סרטני דם למיניהם, ו/או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי - (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

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

3.9.2 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום

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

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

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

1.1 תרופה - חומר כימי ו/או ביולוגי ו/או תכשיר רפואי ו/או תכשיר ביוטכנולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), ו/או מניעת הישנותו ו/או התפתחותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן להקלה על סימפטומים רפואיים ו/או מניעת כאב.

1.2 רשימת התרופות המאושרות - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או יבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.

1.3 טיפול תרופתי - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.

1.4 תרופה יתומה - תרופה אשר אושרה לשימוש והוכרה כתרופה יתומה (Orphan Drug) באחת המדינות המוכרות, המיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר, ולמעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

1.5 סל שירותי הבריאות - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.

1.6 מרשם - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

- 1.7 **בית מרקחת** - מוסד מורשה בישראל על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.8 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9 **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.10 **רופא בית חולים-רופא העובד** במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.11 **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.12 **תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL**: תרופה לרבות תרופת יתום שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.
- 1.13 **תרופה ו/או טיפול ניסיוני**: תרופה ו/או טיפול שהשימוש בו אינו מאושר על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול במחלתו של המבוטח והמחייב/ת אישור של וועדת הלסינקי.
- 1.14 **פרסום רשמי - אחד מהבאים**:
 - (1) פפרסומי ה-FDA.
 - (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
 - (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
 - (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת

התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

א. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.

ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

(5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

א) NCCN

ב) ASCO

ג) NICE

ד) ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח:

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

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

לתרופה שאינה לסרטן הינו 800,000 ₪. כל הסכומים בסעיף זה הינם למשך כל תקופת הביטוח.

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

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

3.1 המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות ובכפוף לאמור בתנאים הכלליים ו/או ישלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, עד תקרת סכום הביטוח המרבי בסך 3,000,000 ₪ לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה, בניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

3.1.1 במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום של 250 ₪.

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

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

- 3.3 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.
- 3.4 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי בגין מצב רפואי שהיה קיים טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח נתגלה אצלו מצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.
- 3.5 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה מהשב"ן ושיילם במסגרתה השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל. כמו כן, המבוטח יקבל פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה ועד 1,800 ₪ לחודש.
- 3.6 מבוטח שנזקק לתרופה שלא בסל הבריאות ותבע פוליסת ביטוח אחרת אשר ברשותו לכיסוי עלות התרופה, יהיה זכאי לפיצוי בגובה 20% מגובה השיפוי המצטבר אותו יקבל במסגרת הפוליסה האחרת, בכפוף לכך שמקרה הביטוח מכוסה על פי פוליסה זו. מבוטח שיבחר במסלול הפיצוי כאמור לעיל לא יוכל לתבוע פוליסה זו בגין אותו מקרה ביטוח.
- 3.7 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 3.8 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום

שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.

3.9 טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות: 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. המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 50% ועד 50,000 ₪ עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור לכל תקופת הביטוח.

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

3.11 דחתה חברת הביטוח את תביעת המבוטח לתשלום תגמולי הביטוח עבור תרופה בטענה שהמקרה אינו עומד בהגדרות לזכאות על פי פרק זה, יהיה רשאי המבוטח לפנות לרופא/פרמקולוג/ביולוג ולקבל ממנו יעוץ בכתב אשר יבדוק את טענות הדחיה של המבטח. המבטח ישפה את המבוטח כנגד ייעוץ זה בעלות של עד 1,800 ₪ בתוספת מע"מ למקרה ביטוח

4. חריגים:

4.1 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר מכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.

4.2 תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.

4.3 טיפול מונע מתחום הרפואה המשלימה (למעט כאשר תוסף המזון ניתן כחלק מתוכנית הטיפול התרופתית) או תרופה לגמילה מעישון.

4.4 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

4.5 טיפול בבוטוקס Botulinum Toxin בהזרקה תת עורית תוך עורית או תוך שרירית אינו נכלל במסגרת ההחרגות לפרק זה ומכוסה על פי ההתוויות הרשומות ובכפוף לתנאי פרק זה.

4.6 תרופה הניתנת כטיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני הנרכש, איידס (AIDS) או נשאות של HIV למבוטח שאינו נשא או חולה במחלה כאמור.

4.7 תרופה הניתנת כטיפול תרופתי מניעתי למחלות נפש ו/או להפרעות נפש ו/או לאי שפיות, למבוטח שאינו חולה במחלות כאמור.

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

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

1. הכיסוי הביטוחי

1.1 מקרה הביטוח: ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח, ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעתו של המבוטח לחו"ל..

1.2 בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מיידי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. תואם הניתוח מראש על ידי המבטח, לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם המבטח, תגמולי הביטוח יוגבלו ל-1,200,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוהה מבניהם.

1.3 הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח: בקורת מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתלים, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.

1.4 הוצאות נלוות: בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:

1.4.1 כיסוי להוצאות הטסה רפואית: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח

ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית של 85,000₪. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.4.2 כיסוי להוצאות טיסה, העברה יבשתית ושהייה בחו"ל: במקרה

של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של המבוטח ומלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לכיסוי הוצאות הטיסה לא יעלה על 35,000₪ למבוטח ומלווה יחיד או עד 50,000₪ למבוטח ושני מלווים. בגין השהייה, סכום הביטוח המרבי לא יעלה על 1,000₪ ליום למבוטח ומלווה יחיד ועד 1,500₪ ליום למבוטח ושני מלווים.

1.4.3 כיסוי להוצאות הטסת גופה: המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות

הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח כתוצאה מביצוע הניתוח.

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

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

1.4.5 כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח : בכפוף להנחיית הרופא

המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה

שלו ושל של מלווה אחד (במקרה של מבטח קטין - שני מלווים) לתקופה של עד 30 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה עד 800 ₪ למבטח ומלווה יחיד או 1,200 ₪ למבטח ושני מלווים, לכל יום שהייה ולא יותר מ-30 ימים.

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

1.4.6.1 נזקק המבטח להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל עם הרופא המנתח, ישפה המבטח את המבטח בגין ההוצאות שהוציא עבור ההתייעצות ו/או הביקורת בחו"ל עד לסך של 10,000 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבטח זכאי לשתי (2) התייעצויות ו/או ביקורות בחו"ל במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח.

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

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

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

1.4.9 **הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח

בחול"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר ועד 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה, עד לסך של 800₪ ליום ועד 5 ימים.

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

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

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

2. **חריגים:**

המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

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

פרק ד' - הוצאות רפואיות מיוחדות (שיפוי בגין מחלה קשה)

מקרה הביטוח: אחד המקרים המפורטים להלן אשר אובחנו במבוטח במהלך תקופת הביטוח:

א. אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure) -

חוסר תפקוד כרוני של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

ב. טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) -

דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

ג. 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.

ד. מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease) -

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

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

ה. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) -

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

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

ו. מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) -

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

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

ז. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) -

עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה, הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

ח. צפדת (טטנוס) (Tetanus) -

מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

ט. אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION) -

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי

המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

י. ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב

(Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair) -

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

יא. ניתוח אבי העורקים (Aorta) -

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי הליכים המבוססים על צינתור, כגון תיקון אנדווסקולרי של מפרצת אבי העורקים, יכוסו בהגדרה זו.

יב. ניתוח מעקפי לב (CABG) -

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

יג. 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 לזקק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.

יד. 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.

טו. 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 וכן סרטן שד מסוג DCIS. גידול של תאים ממאירים המצריך ניתוח, טיפול כימותרפי ו/או הקרנות יכוסה.

טז. **אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia) -**

כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

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

יז. **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.

יח. **חירשות (Deafness) -**

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

יט. **סוכרת נעורים מסוג DIABETES - MELLITUS -**

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

כ. **עיוורון (Blindness) -**

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

כא. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis) -**

שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

בב. 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).

בג. כוויות קשות (Severe Burns) -

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

כד. 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.

כה. פרקינסון (Parkinson's Disease) -

האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.

כו. השתלת איברים (Organ Transplantation) -

לב, ריאה, לב-ריאות, کلیה, לבלב, כבד, מעי, מוח עצמות - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.

כז. 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.

כח. ניוון שרירים מוג (ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) -

עדות לפגיעה משולבת בנירן 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.

בט. פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident) -

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

ל. דלקת חיידיקית 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.

לא. דלקת מוח (Encephalitis) -

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, ומתמשך לתקופה העולה על 8 שבועות.

לב. ניתוח גדול -

ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן, ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה 2 מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה על פי סעיף זה.

לג. 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.

לד. תשישות נפש (Dementia) -

פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 2 חודשים.

לה. 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 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).

1. זכאות לתגמולי ביטוח

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

2. "הוצאות רפואיות"

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

3. סכום הביטוח

בקורת מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח בגובה 80% מההוצאה בפועל, עבור ההוצאות הרפואיים כאמור אותם שילם המבוטח במהלך 36

חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. חבות המבטח הינה עד לתקרה של 50,000 ₪ ובמקרה של סרטן התקרה הינה 100,000 ₪, כאשר סכום זה מתחדש לאחר 30 חודשים. מובהר כי במקרה והמבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה בגין אחד האירועים המנויים, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. במקרה של ביצוע ניתוח גדול והמבוטח אינו זכאי לשיפוי על פי סעיף אחר על פי פרק זה, סכום הביטוח המרבי יהיה 10,000 ₪.

פרק ה' - בדיקות אבחנתיות והתייעצויות עם רופאים

1. הגדרות מיוחדות

"**בדיקות רפואיות אבחנתיות**" - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה ממוחשבת (P.E.T), Capsule Wireless Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או מעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל. מובהר שבדיקות אלה כוללות בדיקות אולטרסאונד, רנטגן ומעבדה אשר מבוצעות בבית המבוטח, במסגרת שירותי "אסותא עד הבית".

2. מקרה הביטוח:

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

3. שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות:

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

3.1 התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח: המבטח ישפה את

המבוטח בגין שלוש התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/ות עד תקרה של 1,200 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח וכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות הכוללת. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי

רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון אחר המבוטחת והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.

3.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%, ועד תקרת החזר בסך 20,000 ₪ לבדיקה ולא יותר מסך כולל של 80,000 ₪ לכל תקופת בדיקה, ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בתחום ובכתב. תקרת החזר בגין בדיקות אולטרסאונד, רנטגן ומעבדה אשר מבוצעות בבית המבוטח, במסגרת שירותי "אסותא עד הבית", הינה 5,000 ₪ לתקופת בדיקה.

3.3 יודגש שמבוטח אשר פנה לקבלת שרותי ייעוץ ובדיקות במסגרת בית החולים אסותא, כאמור בסעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל, יהיה זכאי לקבל את השיפוי בגין השירותים ללא הצורך בתשלום ההשתתפות העצמית.

3.4 כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל: המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 6,500 ₪ ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. המבוטח יקבל שיפוי מלא במידה והפניה לקבלת חוות הדעת השנייה בוצעה דרך המבטח באחת החברות עמן קשור המבטח. במקרה

והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל בכדי לקבל את חוות הדעת, ישפה אותו המבטח בגין הוצאות הטיסה במחלקת תיירים ועד 950\$ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.

רובד הרחבה 1

פרק ו' - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולם מחליפי ניתוח פרטיים בישראל

1. הגדרות לפרק זה:

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

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

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

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

1.4 "שתל" - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

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

1.6 "בית חולים פרטי" - אחד מאלה:

1.7 (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי

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

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

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

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

2. מקרה הביטוח:

ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח, או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח ו/או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2 שכר מנתח - כיסוי מלא עבור נותן שירות בהסכם.

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

3.4 טיפול מחליף ניתוח; וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה, בכתובת: www.clal.co.il

3.5 כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. חריגים מיוחדים לפרק זה:

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

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

4.2 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

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

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

4.4.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

4.4.2 ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

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

4.6 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבטח או השתלת לב מלאכותי;

4.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב

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

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

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

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

פרק ו' 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

(פרק זה יחול על מבוטח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי המפורט בפרק ד')

1. הגדרות:

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

1.1 "בית חולים פרטי" - אחד מאלה:

(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

2.1 "שתל" - כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. מקרה הביטוח:

ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי
אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח, או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל
במהלך תקופת הביטוח ו/או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2 **שכר מנתח;** כיסוי מלא עבור נותן שירות בהסכם.

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

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

4. תגמולי הביטוח:

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

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

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

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

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

4.5 הוכרה זכאותו של מבוטח לביצוע הניתוח ע"י השב"ן אולם הניתוח נקבע לתקופה העולה על 30 יום מהמועד בו אושרה הזכאות בגלל העדר זמינות של הרופא המנתח, או ביקש המבוטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו בהסכם עם השב"ן אולם נמצא בהסכם עם המבטח, יהיה זכאי המבוטח לעבור את הניתוח באמצעות רופא שבהסכם עם המבטח וישופה באופן מלא בגין מלוא הוצאותיו.

5. ברות ביטוח

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

6. חריגים מיוחדים לפרק זה:

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

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

6.2 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

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

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

6.4.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.4.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

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

6.6 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;

- 6.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
7. תקופת אכשרה: 90 יום, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

פרק ז' - שירותים רפואיים שאינם באשפוז

1. הגדרות מיוחדות

1.1 "ניתוח גדול" - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.

1.2 "בדיקות ושירותים להריון" -

1.2.1 בדיקת חלבון עוברי.

1.2.2 בדיקת שקיפות עורפית.

1.2.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.

1.2.4 סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.

1.2.5 בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה או דומה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיס' שליה לרבות, צ'יפ גנטי.

1.2.6 מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.

1.2.7 בדיקת אקו לב של העובר.

1.2.8 בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר, כגון NIPT לסוגיה.

1.2.9 כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההיריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.

1.2.10 התייעצויות עם רופא מומחה לפני, במהלך ו/או לאחר ההיריון.

1.3 "בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני ו/או במהלך הריון" - כגון סיקור

לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.

1.4 "מוסד החלמה": מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא

בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות.

1.5 "פיזיותרפיה/הידרותרפיה" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ו/או הידרותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה הביטוח:

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

3. שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

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

3.1 **כיסוי לחוות דעת לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח, עבור חוות דעת פתולוגית, בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מ-4,500₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.2 **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדילוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד סכום מרבי של 3,000₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.3 **טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם

ישירות לספק השירות המבצע את טיפולי הפיזיותרפיה ו/או ההידרותרפיה לרבות במים מתוקים או מלוחים, עד 200 ש"ח לטיפול ולא יותר מ-16 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא מומחה.

3.4 טיפולי שיקום וסיעוד: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולי שיקום וסיעוד על פי הוראת רופא כגון: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, הסרת תפרים, הכנסת קטטר וזונדה, חידוש חבישות, ריפוי בעיסוק, עד 250 ש"ח לטיפול ולא יותר מ-16 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.5 שיקום דיגיטלי לאחר ניתוח גדול: מבוטח שעבר ניתוח להחלפת פרק ירך ו/או פרק ברך ו/או לאחר אירוע מוחי ו/או לאחר ניתוח לב ויבצע את השיקום לאחר הניתוח בביתו באמצעות מערכת טלמדיסין אשר מנחה את החולה ומדריכה אותו באמצעות אפליקציה ממוחשבת מפקחת על ידי פיזיותרפיסט שיקומי, ישופה בסכום של עד 2,000 ש"ח לכל תקופת השיקום בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.6 ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה: מבוטח/ת אשר אובחן כחולה במחלת הסרטן או עבר אירוע מוחי יהיה רשאי לרכוש שירותי ליווי מקצועי מצוות מולטי דיציפלינרי הכולל רופא מומחה, עובד/ת סוציאלית, ו/או פסיכולוג/ית ו/או אחות לצורך קבלת מידע וסיוע רפואי ו/או סיעודי ו/או רגשי בעת ההתמודדות עם המחלה בשלביה השונים כולל בשלב של מחלה סופנית. המבוטח ישופה כנגד הצגת קבלות מלוות בסיכום השירות שניתן לו עד סכום ביטוח מרבי של 5,000 ש"ח לחודש ולא יותר מ-20,000 למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

בדיקות ושירותים אונקולוגיים:

3.7 טיפולים ובדיקות אונקולוגיות: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או

טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים או גלי קול או גלים מגנטיים או זרם חשמלי לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות קסדת novocure או דומה לה, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביווד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וטיפולים בקירור למניעה של נשירת שיער וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לרבות החדרת ג'ל להפחתת רמות קרינה באברים סמוכים והחדרת גרגירי זהב להעלאת רמת הדיקו של הקרינה. כמו גם בדיקות הדמיה עם סומטוסטטין. כמו גם שמירת מח עצם ו/או הקפאת ביציות וזרע לשימור אצל חולה אונקולוגי המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 120,000 ₪ לכל שנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:

3.8 המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול באמצעות אוזון, תא לחץ, מאקרופגים או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת ולא יותר מהסכום של 5,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

שירותי רפואה קרדיולוגיים:

3.9 מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי: המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, ועד לסך כולל של 3,900 ₪.

3.10 שיקום לאחר השתלת לב או ניתוח לב או אירוע לבבי: המבטח ישתתף בהוצאות שיקום לרבות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח או האירוע הלבבי, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל ועד 300₪ לחודש ועד 12 חודשים.

שירותי רפואה כלליים:

3.11 החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן: המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימותרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תכנית ייעודית לחולים אונקולוגים. המבטח ישתתף במימון עלויות ההחלמה עד 75% מההוצאה בפועל ובלבד: במקרה של ניתוח גדול רק אם השהייה במוסד ההחלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים, עד לסכום 700₪ ליום ועד 14 יום. במקרה של החלמה מסרטן, רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא להחלמה במוסד להחלמה אונקולוגית ועד לסכום של 700₪ לכל יום טיפול ועד 21 ימי טיפול.

3.12 טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה: המבטח ישלם ישירות לספק השירות אוו ישפה את המבוטח, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום 4,000₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.13 שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי: או טיפול ב-amblyopia המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן

לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום 200₪ לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

3.14 אחות פרטית: המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אחות פרטית/ת, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו לאחר אשפוז (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מ-750₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% מההוצאה וכן ישפה את המבוטח בגין שדרוג חדר האשפוז לחדר פרטי (חדר יחיד) בסך 2,500₪ לכל תקופת האשפוז ולא יותר מההוצאה בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.15 אביזרים רפואיים: המבטח יש/פה את המבוטח בגין הוצאות עבור אביזר רפואי, כולל במהלך אשפוז, כגון: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar. Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות מיוחדות, כולל עדשות מגע ניידות כגון ולא רק עדשות מסוג Phakic IOL או עדשות טלסקופיות או אחרות, ובמקרים של קרטוקונוס או קוצר ראייה גבוה מעל 7 או קוצר ראייה לא גבוה בשילוב קרניות דקות, או מצב לאחר השתלת קרנית או ריפוי קרנית וכן במקרים של היפראופיה גבוהה או אסטיגמטיזם מעל 2.5. שתל קונקליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולים, כולל חולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, גלוקומטר, חגרות בקע, מקלונים לבדיקת סוכר, או כל אביזר אחר ע"פ המלצת רופא מומחה בתחום. ההחזר הינו עד הסכום 8,000₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.16 הדפסת איברים: המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת

מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים להמחשה, הנדרש ים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבטח ישופה כנגד חשבונית/קבלה בסך של 2000₪ עבור הדמית תלת מימד, 10,000₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו-15,000₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח. והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 10%.

3.17 חדר מלח: המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להפניית רופא מומחה ועד 12 טיפולים בשנה ועד סכום של 120₪ לטיפול.

3.18 שיקום הליכה ויציבה: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, או טיפול בג'ירטוניק/בג'ירוקינזיס, לטיפול בהפרעה נירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה כגון פגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי ו/או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום, עד סכום של 7,000₪ ל-30 חודשים ויתחדש לתקופה נוספת ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.19 פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח: מבטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום השלישי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום עד 400₪ ליום.

3.20 הזרקות למפרקים כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית, סטרואידים והזרקות PRP: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את

המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

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

3.22 טיפול בכאב: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולים הנדרשים להקלת כאב לרבות ולא רק כאבי גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב וסטרואידים לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלם, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב, משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הנירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ₪ לטיפול ו-10,500 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית

של 20%. מובהר כי בגין אביזר כגון קוצב נגד כאב או משאבה, ישולם החזר בסך של 75% מעלות האביזר ולא יותר מ-30,000 ₪. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.23 **הזרקות לווריד הגפיים ו/או טיפול בלייזר בווריד הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:**

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

3.24 **הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה: המבוטח ישלם ישירות לספק**

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

3.25 **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית: המבוטח ישלם ישירות**

לספק השירות או ישפה את המבוטח, עד סכום מרבי של 2,000 ₪ להזרקה ולא יותר מ-10,000 ₪ לסדרת הזרקות (בגין ההזרקה והחומר המוזרק גם יחד) בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר

המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.26 טיפול ממוקד במחלת הסרטן: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בעבור עלות הטיפול בגלי הלב, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים וחשמליים לטיפול ממוקד בסרטן, לרבות שכר הרופא, החומר המוזרק, האביזרים וציוד נלווה, עד סכום מרבי של 80,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.27 טיפול פסיכולוגי: המבטח ישפה את המבוטח בסך 150 ₪ לטיפול פסיכולוגי ולא יותר מעלות הטיפול בפועל, ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח. הטיפולים יינתנו על ידי פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג שיקומי בעל רישיון תקף ממוסד הבריאות ו/או עובד סוציאלי קליני בעל הסמכה בתוקף ו/או פסיכותרפיסט. הזכאות לטיפול פסיכולוגי הינה לרבות ולא רק כתוצאה מהפרעות אכילה, אלימות במשפחה, פגיעה מינית, מוות של בן משפחה מדרגה ראשונה, תאונת דרכים שהמבוטח עבר, ניתוח גדול שהמבוטח או בן משפחה מקרבה ראשונה עבר, מחלה ממארת שהמבוטח או בן משפחה מדרגה ראשונה חלה בה, גירושין של המבוטח מבן/ת זוגו, ו/או פיטורין של המבוטח ממקום עבודתו. בנוסף, המבטח ישפה את המבוטח עבור 2 פגישות עם פסיכיאטר בשנה, בסך 280 ₪ לכל פגישה, בגין המקרים שפורטו לעיל.

3.28 קנאביס רפואי: המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי רק בשל מחלת הסרטן או למבוטח המטופל במרפאת כאב בסך של 1,000 ₪ לחודש ועד סכום ביטוח מרבי של 25,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20%, ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי

להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה.

3.29 ביקור רופא: המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה כספית בה נשא המבוטח עבור שירות ביקור רופא בבית המבוטח. הביקור יכלול בין היתר, קבלת אנמנזה רפואית מהמבוטח, בדיקה גופנית, לרבות שימוש במכשירי עזר, קביעת אבחנה רפואית, מתן תרופה ראשונית, מתן מרשם לתרופות, הפנייה להמשך טיפול אצל רופא המשפחה/רופא מומחה/ רופא ילדים ו/או הפנייה למיון, המתנה עם המבוטח עד הגעת אמבולנס עם צוות רפואי ומתן תעודה רפואית. סכום ההחזר עד 500₪ לביקור ועד 2 ביקורים בשנה, במסגרת שירותי "אסותא עד הבית" ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 15%.

ילדים ובעיות התפתחות הילד:

3.30 אבחון בבעיות התפתחות של ילדים: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, עד סכום ביטוח של 2,500₪ לתקופת בדיקה, וכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

טיפול בבעיות התפתחות של ילדים: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל/ למכון עבור טיפולים בהתפתחות הילד לילדים מגיל 3-16 שאובחנו ע"י מומחה לנוירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות, הרטבה בילדים, טיפולים בהפרעות אכילה ו/או בעיות רגשיות. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, שחיה/ספורט טיפולי/ ו/או באמצעות בעלי חיים, ועד 150₪ לטיפול ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 16 טיפולים בשנה.

3.31 פיצוי בגין היעדרות מהלימודים: מבטוח עד גיל 21 אשר נעדר מלימודיו עקב תאונה או מחלה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך 200 ש"ח ליום לכל יום היעדרות מלאה החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 ימים (ימי חופשה וחגים לא יחשבו).

3.32 בעיות הרטבה לילדים: מבטוח מעל גיל 5 זכאי ל-2 טיפולים למניעת הרטבה שניתנו במהלך הביטוח ועד 700 ש"ח לטיפול.

3.33 פיצוי במקרה של אשפוז ילדו של מבטוח: מבטוח עד גיל 21 אשר אושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, זכאי לפיצוי של עד 250 ש"ח לכל יום אשפוז ועד 14 ימים.

רפואה מונעת:

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

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

הריון ולידה:

3.36 בדיקות, שירותים וטיפולים להריון: המבטוח ישפה את המבטוח/ת או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות

שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.2 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ו/או בת הזוג להורות ועד 6,000 ₪ להיריון ובגין ייעוץ ו/או בדיקות לסיקור גנטי, כולל המוגדר בסעיף 13 שנעשו ע"י המבוטחת ו/או בת הזוג להורות ועד 3,000 ₪ להיריון. בהיריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 175% מהתקרות הנקובות לעיל.

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

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

3.39 החזרים כתוצאה מסיבוכי הריון: מבוטחת שאושפזה כתוצאה מהצורך בשמירת הריון ו/או מסיבוכי הריון ו/או לידה, תהיה זכאית לפיצוי בסך 200 ₪ לכל יום באשפוז, החל מיום האשפוז ועד 7 ימים ולא יותר מ-5,000 ₪ לכל ההיריון.

3.40 טיפולי פרייון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל: המבטח ישפה את המבוטחת/ב 80% מהסכום ששילם/ה בפועל, בארץ או בחו"ל, עבור בדיקות ו/או טיפולי פרייון, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות, כולל לצורך שימור ו/או פעולות חודרניות ברחם ו/או או בחצוצרות ו/או פעולות חדרניות באשך, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע, למבוטחת ו/או בן/בת הזוג להורות וכל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת ו/או בת הזוג להורות להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה, וזאת עד תקרה בסך 20,000 ₪ לכל ילד ועד שני ילדים. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה

יכוסו כחלק מהטיפול.

3.41 מימון לבדיקות וטיפולים רפואיים הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ

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

3.42 רפואה משלימה:

רשימת הטיפולים המכוסים (אחד או יותר מהרשימה להלן):

3.42.1 **אקופונקטורה** - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

3.42.2 **רפלקסולוגיה** - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.

3.42.3 **שיאצו** - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת אנרגיה בגוף.

3.42.4 **אוסטיאופתיה** - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.

3.42.5 **כירופרקטיקה** - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.

3.42.6 **הומיאופתיה** - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.

3.42.7 **פלדנקרייז** - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.

3.42.8 **ביו פידבק** - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.

3.42.9 **נטורופתיה** - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.

3.42.10 **ייעוץ דיאטטי** - התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.

3.42.11 **שיטת אלכסנדר** - שיטה שיקומית המשלבת לימוד הרגלי יציבה ותנועה.

3.42.12 **טווינא** - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב עיסוי רקמות עמוק.

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

3.42.14 **דמיון מודרך לחולי סרטן**

3.42.15 **שיטת פאולה** - התעמלות השרירים הטבעתיים.

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

מקרה הביטוח: צורך בקבלת אחד או יותר מהטיפולים לעיל.

סכום ותגמולי הביטוח: המבוטח יהא זכאי לשיפוי של עד 160 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%. הזכאות הינה כנגד המצאת הפניה של רופא מומחה או רופא משפחה לקבלת הטיפול, בה תצוין מהות הבעיה שבגינה נדרש הטיפול. יובהר כי ההחזר בגין טיפול המכוסה בפרק זה הינו עד תקרת ההחזר המוגדרת בסעיף זה ובלבד שהטיפול ניתן ע"י מטפל שזה תחום עיסוקו ועבר הכשרה בתחום הרלוונטי. מובהר כי לא יכוסו טיפולים הניתנים במסגרת ספא ו/או בבית מלון.

אביזרים לאחר ניתוח:

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

4. שיפוי שב"ן:

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

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

רובד הרחבה 2

פרק ח' - פיצוי למקרה גילוי מחלה קשה

1. הגדרות

- 1.1 "תקופת אכשרה למקרה ביטוח ראשון" - תקופת אכשרה למשך 60 ימים.
- 1.2 "תקופת אכשרה למקרה ביטוח שני" - תקופת אכשרה למשך 180 ימים.
- 1.3 סך יחידות הפיצוי: עד 3 יחידות.
- 1.4 סכום כל יחידת פיצוי: 50,000 ₪.

2. מקרה הביטוח:

גילוי אחת המחלות הקשות או אירוע רפואי כמפורט בפרק שלהלן, בהתאם לקביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, אשר אירע בתקופת הביטוח.

3. התחייבויות המבטח:

- 3.1 **מקרה ביטוח ראשון** - בקרות מקרה ביטוח ראשון בתקופת הביטוח, לאחר תקופת האכשרה למקרה ביטוח ראשון, יהיה המבוטח זכאי לקבל את סכום הביטוח בהתאם למספר יחידות הפיצוי אשר רכש ובכפוף לאבחנה של רופא מומחה מטעם המובטח.
- 3.2 **מקרה ביטוח שני** - בקרות מקרה ביטוח שני בתקופת הביטוח, לאחר תקופת האכשרה למקרה ביטוח שני מיום קרות מקרה הביטוח הראשון, יהיה המבוטח זכאי לקבל 50% מסכום הביטוח בהתאם למספר יחידות הפיצוי אשר רכש, בכפוף לאבחנה של רופא מומחה מטעם המבוטח. **עם תשלום סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח שני, ייפוג תוקפו של פרק זה והמבוטח לא יהיה זכאי עוד לכיסוי במסגרתו.**
- 3.3 **גילוי המחלה לאחר מות המבוטח.** ארע מקרה הביטוח ונפטר המבוטח בטרם שולמו תגמולי הביטוח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח למוטב של המבוטח והמבטח יהא פטור מכל חבות נוספת על פי ביטוח זה כלפי כל מוטב אחר ו/או עיזבון המבוטח ו/או כל צד שלישי שהוא.

4. פירוט המחלות הקשות:

המקרים הבאים ייחשבו כמקרי ביטוח, ובלבד שהתגלו או אירעו בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית:

4.1 אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure) -

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאלזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

4.2 טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) -

דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר ניירולוגי. 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 ניירולוג מומחה.

4.3 תרדמת (Coma) -

מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק ניירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

4.4 מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease) -

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

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

4.5 אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) -

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

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

4.6 מחלת ריאות חסימתית כרונית

(Chronic Obstructive Pulmonary Disease) -

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

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

4.7 יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) -

עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה, הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

4.8 צפדת (טטנוס) (Tetanus) -

מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

4.9 אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION) -

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

4.10 ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair) -

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

4.11 ניתוח אבי העורקים (Aorta) -

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי הליכים המבוססים על צינתור, כגון תיקון אנדווסקולרי של מפרצת אבי העורקים, יכוסו בהגדרה זו.

4.12 ניתוח מעקפי לב (CABG) -

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

4.13 שבץ מוחי (CVA) -

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.

4.14 קרדיומויפטיה (Cardiomyopathy) -

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

4.15 סרטן (Cancer) -

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין וכן סרטן שד מסוג DCIS ובתנאי שהמחלה מצריכה טיפול כימותרפי ו/או הקרנות. 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. למען הסר ספק, גרורות לסרטן מקומי יכוסו.
2. מחלות עור מסוג:

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

4.16 אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia) -

כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נוטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

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

4.17 גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) -

תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.

4.18 חירשות (Deafness) -

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

4.19 עיוורון (Blindness) -

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

4.20 פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis) -

שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד זיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

4.21 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).

4.22 כוויות קשות (Severe Burns) -

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

4.23 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.

4.24 פרקינסון (Parkinson's Disease) -

האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי ניורולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.

4.25 השתלת איברים (Organ Transplantation) -

לב, ריאה, לב-ריאות, کلیה, 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.

4.26 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.

4.27 ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) -

עדות לפגיעה משולבת בנירן 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.

4.28 פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident) -

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

4.29 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.

4.30 דלקת מוח (Encephalitis) -

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 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.

4.31 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.

4.32 תשישות נפש (Dementia) -

פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 2 חודשים.

4.33 מצב רפואי חמור ובלתי הפיך -

מצב רפואי אשר על פי חוות דעת רפואית שניתנה בעוד המבוטח בחיים, על ידי רופא מומחה ו/או הוכחה סבירה אחרת ושהינה להנחת דעתו הסבירה של רופא החברה, המבוטח הנו במצב רפואי מתקדם ובלתי הפיך, אשר כתוצאה ישירה ממנו אין סיכוי סביר שהמבוטח יחיה יותר מ-12 חודשים.

4.34 סכרת נעורים (diabetes mellitus) -

סכרת המחייבת קבלת טיפול קבוע באינסולין אשר בגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול הסכרת או ע"י אנדוקרינולוג. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאנדוקרינולוגיה ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים.

4.35 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).

4.36 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) -

נוכחות של נגיף ה HIV בגופו של מבוטח, שנגמרה באופן בלעדי על ידי עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.

5. תום תקופת הביטוח (המוקדם מביניהם):

5.1 ביטוח זה יסתיים עבור כל מבוטח במלאות לו 70 שנה.

5.2 ביטוח זה יסתיים עם תשלום מלאו תגמולי הביטוח בגין פרק זה.

נספח ב'

**כתב התחייבות של בעל הפוליסה ו/או המבוטח
בהתאם לתקנה 3 (א) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)
(ביטוח בריאות קבוצתי), 2015**

שם בעל הפוליסה:	אסותא מרכזים רפואיים בע"מ /	בית החולים אסותא אשדוד
ח.פ:	511043457 /	514525591
כתובת:	רחוב הברזל 20, תל אביב /	רחוב הרפואה 7, אשדוד

בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כי הינו פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

נספח ג'

להלן פירוט עלות הפרמיה בגין כיסוי ההשתלות והטיפולים המיוחדים בחו"ל:

פרמיה בגין פרק ההשתלות והטיפולים המיוחדים בחו"ל	
8	עובד
8	בן/בת זוג / ילד בוגר
3	*ילד (עד גיל 24)

בכל שאלה או הבהרה או לצורך הכוונה וסיוע בעת הגשת תביעה
 כנען סוכנות לביטוח מעמידה לרשותכם מוקד שירות:
 למידע והצטרפות - מערך מומחים בטל': 03-7688414
 לשירות ותביעות טל': 03-7688428



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
www.clal.co.il

