



לחבריות/הסגל האקדמי הבכיר,
אני שמח להציג בפניכם את פוליסת ביטוח הבריאות המחודשת של חברי הסגל האקדמי
הבכיר ובני משפחותיהם.
מדובר בתוכנית ביטוח ייחודית ואטרקטיבית המעניקה לעובדים ובני משפחתם רשת
ביטוחן בשמירה על בריאותם.
הביטוח המחודש כולל שינויים שיפורים ועדכונים עליהם קיבלתם פירוט במכתב שנשלח
מטעם חברת הביטוח "כלל".

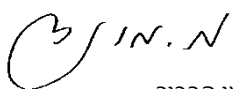
**להזכירכם, ביטוח הבריאות אינו בא במקום הביטוח המשלים של קופות החולים ואנו
ממליצים בכל פה להשאיר את הביטוח המשלים בתוקף.**

הפוליסה המחודשת שהחלה ב- 1.7.2013, מקנה לחבר ולבני משפחתו הכלולים בביטוח,
כיסוי ביטוחי רחב ומקיף למקרים רפואיים שונים כגון: ניתוחים בארץ ובחור"ל, השתלות,
וטיפולים מיוחדים בחור"ל, תרופות שמחוץ לסל הבריאות, ביטוח סיעודי המסתיים בתאריך
31.12.2013 ועוד מגוון רחב של שירותים רפואיים המפורטים בחוברת זו.

כמו כן ברצוננו לציין כי בהתאם לתקנות שקבע המפקח על הביטוח במשרד האוצר יסתיים
הביטוח הסיעודי הקולקטיבי בתאריך 31.12.2013, במכתב שקיבלתם לאחרונה מחברת
"כלל" מפורטים פרטי ההסכם שנחתם לאחרונה המבטיח מעבר לפוליסה סיעודית פרטית
תוך שמירה על זכות הרצף ובהנחות משמעותיות בפרמיית הביטוח.
בחוברת זו תמצאו מידע מפורט על ביטוח הבריאות והסבר על תהליך הפניה לחברת
הביטוח והגשת תביעה.

בכל ברור או שאלה הנוגעת לביטוח עומדים לרשותכם המקורות הבאים:

- לסיוע בשאלות ובהגשת תביעה לחברת "כלל"
ניתן לפנות למני או נגה במזכירות ועד הסגל האקדמי בטלפון 08-6461049
או במייל: למני meniba@bgu.ac.il לנגה nogay@bgu.ac.il
- אריה מלמד יועץ הביטוח של הארגון - בנושאים מקצועיים כגון מה הזכאות וכיצד
להגיש תביעה לחברת הביטוח, תלונה על טיפול שקיבלתם במהלך הגשת תביעה ועוד.
הפניות מומלצות דרך כתובת המייל של אריה arye@mic.co.il
או לשרה sara@mic.co.il.
- מוקד הלקוחות של חברת "כלל" - בנושא הכיסויים הניתנים במסגרת הפוליסה,
מצב טיפול בתביעה שהוגשה וכדומה בטלפון מס' 077-6384073
אנו סמוכים ובטוחים כי הכיסוי הביטוחי שהותאם לצרכי חברי הסגל ובני משפחותיהם
ולהתפתחויות האחרונות בשוק ביטוחי הבריאות, ייתן מענה נרחב לצרכים רפואיים
יקרים וחשובים.

איחולי בריאות טובה, 
פרופ' מיכאל מונד
יו"ר ארגון הסגל האקדמי הבכיר

תוכן העניינים

עמ'	שם הפרק	
5	גילוי נאות	✕
24	מה עושים במקרה תביעה בתחום הבריאות?	✕
26	מה עושים במקרה תביעה בתחום הסיעוד?	✕
27	הסכם ביטוח בריאות קבוצתי	✕

גילוי נאות

(בהתאם להנחיות המפקח על הביטוח בדבר גילוי נאות)

חלק א' ריכוז פרטים כלליים על ההסכם ונספחיו

א. כללי	
1. שם הפוליסה	וועד הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון
2. שם המבטח	כלל חברה לביטוח בע"מ
3. שם בעל הפוליסה	וועד הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון
4. המבוטחים	חבר ו/או עובד של בעל הפוליסה ו/או בן/בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/בציבור), שגילם בעת ההצטרפות לא יעלה על 70, ו/או ילדיהם ובני/ות זוגן ו/או נכדיהם (להלן: "בני משפחה"), ואשר שמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה, ואשר תעודכן מידי חודש ובכפוף לאופן ההצטרפות ולתנאים המפורטים בפוליסה.
5. הכיסויים בפוליסה	<ul style="list-style-type: none">• השתלות וטיפולים מיוחדים בישראל ובחו"ל - נספח א' להסכם.• כיסוי מורחב לניתוחים על בסיס פרנצ'יזה- נספח ב' להסכם.• טיפול תרופתי מיוחד - נספח ג' להסכם.• נספח אמבולטורי - נספח ה' להסכם.• נספח אמבולטורי בעת גילוי מחלה קשה- נספח ו' להסכם.• כתב שירות – ביקור רופא – נספח ז' להסכם.• עזרה למקרה ניתוח- נספח ח' להסכם.• ביטוח סיעודי- נספח ט' להסכם.
6. משך תקופת הביטוח	מיום 01.07.2013 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 30.06.2019. למעט הביטוח הסיעודי שיהא בתוקף עד ליום 31.12.2013. הסכם זה מהווה המשך להסכם שתחילתו ב-01.06.2009 ואשר הגיע לסיומו בתאריך 30.06.2013 (להלן: "ההסכם הקודם").

המשכיות לפרט בביטוח הבריאות הקבוצתי במקרה של סיום ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם:

מבוטח שעזב את הארגון מכל סיבה שהיא ו/או במקרה וההסכם יתבטל ולא יחודש אצל מבטח אחר, יוכל לרכוש פוליסה/פוליסות ביטוח בריאות אישיות בתנאים ובתעריפים אשר יהיו קיימים אצל המבטח באותו מועד ובסכומי ביטוח שלא יעלו על סכומי הביטוח על פי הסכם זה, זאת ללא הוכחת מצב בריאות וללא תקופת אכשרה, ובתנאי כי הודיע על רצונו להמשיך בביטוח בתוך 60 יום ממועד שעד אליו היו מבוטח במסגרת ההסכם, הממשיכים בביטוח על פי סעיף זה יקבלו הנחה בת 25% בדמי הביטוח למשך 72 החודשים הראשונים בביטוח אישי.

להסרת ספק יובהר כי המעבר לפוליסה פרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות.

המשכיות לפרט בביטוח הסיעודי הקבוצתי במקרה של סיום ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם:

בתום ההסכם, אם ההסכם לא חודש אצל מבטח אחר (לגבי כלל המבוטחים או חלק מהם), או בתום הביטוח מפאת סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, לרבות מפאת גירושין או פטירת בן/בת הזוג, שבשלם מאבד המבוטח את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית מבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם זה ברצף לפני מועד הפסקת הביטוח, בין אצל המבטח ובין אצל מבטח אחר, יהיו זכאים להצטרף ללא תקופת אכשרה וברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) לאחת מתכניות ביטוח הסיעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בסכום ביטוח ותקופת תשלום הקבועים בפוליסה זו (או פחות, לפי בחירת המבוטח), בתנאים ובתעריפים שהיו קיימים באותה עת בביטוח הסיעודי הפרטי (להלן: "הביטוח הסיעודי הפרטי") ובלבד שהמבוטח הצטרף לביטוח הסיעודי הפרטי תוך 60 יום ממועד הודעת המבטח, ובמקרה של גירושין - תוך 60 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבוטח על פי הסכם זה, וכל זאת בתנאי שהמבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי פוליסה זו במועד המעבר לביטוח הסיעודי הפרטי. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

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

<p>לממשיכים בביטוח על פי סעיף זה יקבלו הנחה בת 25% בדמי הביטוח למשך 72 החודשים הראשונים בביטוח האישי. למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות. להסרת ספק, יובהר, כי ייתכן והמעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.</p>	<p>8. תנאים לחידוש אוטומטי</p>
<p>ההסכם יוארך אוטומטית לתקופות נוספות בנות 36 חודשים, אלא אם כן הודיע אחד הצדדים בכתב על רצונו שלא להאריך את ההסכם או את תקופת ההארכה וזאת בהודעה בכתב 60 ימים לפחות לפני תום תקופת ההסכם או תקופת הארכה.</p>	<p>9. תקופת אכשרה</p>
<p>30 יום מיום ההצטרפות. במקרים הקשורים להריון ולידה תעמוד תקופת האכשרה על 270 יום מתאריך ההצטרפות לביטוח להוציא ניתוח קיסרי אם היה דרוש מסיבות רפואיות. תקופת האכשרה לא תחול על אדם שברשותו פוליסת ביטוח בריאות (פרטי או קבוצתי) בת תוקף של חברת ביטוח ערב תאריך ההצטרפות. הפטור מתקופת האכשרה יחול אך ורק על הכיסויים החופפים בשתי הפוליסות. כמו כן לא תחול תקופת האכשרה על מקרי ביטוח הנובעים כתוצאה מתאונה.</p>	<p>10. תקופת המתנה</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 30 יום בגין אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח - נספח ב' - כיסוי מורחב לניתוחים. • 90 יום בגין מקרה סיעוד - נספח ט' - ביטוח סיעודי. 	<p>11. השתתפות עצמית</p>
<ul style="list-style-type: none"> • נספח ג' - "טיפול תרופתי מיוחד": 200 ₪ מקסימום למרשם ומקסימום לחודש. לא תחול השתתפות עצמית בגין תרופות שעלותן לחודש עולה על 500 ₪. • נספח ה' - "נספח אמבולטורי": 20% בגין בדיקות אבחנתיות, 20% בגין חוות דעת שניה בארץ ו/או בחו"ל. • נספח ו' - "נספח אמבולטורי בעת גילוי מחלה קשה": 20% בגין בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים. • נספח ט' - "ביטוח סיעוד": 20% בגין הוצאות שיקום. 	<p>ב. שינוי תנאים</p>
<p>12. שינוי תנאים במהלך תקופת ההסכם</p> <p>לא ניתן</p>	<p>12. שינוי תנאים במהלך תקופת ההסכם</p>

ג. דמי הביטוח החדשיים ב ש (הפרמיה החדשית)

13. דמי הביטוח
דמי הביטוח החדשיים עבור ביטוח הבריאות (בש"ח) הינם כדלקמן:
לעובד/ת - 75 ₪
לבן/בת זוג עובד - 75 ₪
יליד עובד (רווק) עד גיל 26 - 15 ₪ (ילד שלישי ואילך - חינם)
יליד עובד נשוי ו/או מעל גיל 26 - 75 ₪

דמי הביטוח החדשיים עבור ביטוח הסייעוד יהיו כדלקמן (נספח הסייעוד יהיה בתוקף עד 31.12.2013 בהתאם לתקנות המפקח על הביטוח):

תוספת הפרמיה		תקופת תשלום	סכום ביטוח
מבוגר	ילד		
15.5 ₪	0 ₪	36 חודשים	3625 ₪
75 ₪	1.5 ₪	36 חודשים	7190 ₪
52 ₪	3 ₪	60 חודשים	3625 ₪
102 ₪	4 ₪	60 חודשים	7190 ₪
77 ₪	3 ש- מגיל 18 ומעלה	כל החיים	3625 ₪
153 ₪	5 ש- מגיל 18 ומעלה	כל החיים	7190 ₪

14. מבנה הפרמיה
הפרמיה לעובד קבועה כמפורט בסעיף 13 לעיל וצמודה למדד.

15. מבנה דמי הביטוח
דמי הביטוח הינם צמודים למדד המחירים לצרכן. המדד היסודי להסכם זה הוא המדד שפורסם בתאריך 15.04.2013 שהינו 12,160 נק'.

16. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת ההסכם
לאחר תום 36 חודשים מתחילת תקופת הביטוח רשאית חברת הביטוח לבצע התאמת פרמיה לפי הנתונים המצטברים נכון לתקופה של 30 חודשים מיום תחילת הביטוח בהתאם לנוסחה כמפורט בהסכם בין המבטח ובעל הפוליסה.

ד. תנאי ביטול

17. ביטול ע"י המבוטח
ניתן לבטל בהודעה בכתב למבטח.

18. ביטול ע"י המבטח
עפ"י הדין וההסכם.

ה. חריגים וסייגים

-
- 19. החרגה בגין מצב רפואי קודם**
1. כמפורט בסעיף 8.1 להסכם, על כל סעיפיו.
 2. סייג לחבות או להיקף הכיסוי שנקבע למבוטח מסוים בדף פרטי החיתום שנקבעו לו.

-
- 20. סייגים לאחריות המבטחת**
- כמפורט להלן:
1. סעיף 8.2 להסכם.
 2. פסקת החריגים בסעיף 2 לנספח ב' להסכם.
 3. פסקת החריגים בנספח ג' להסכם.
 4. פסקת החריגים בנספח ה' להסכם.
-

21. פרק ט' - ביטוח סיעודי בתוקף עד ליום 31.12.2013

<p>1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מהפעולות כאשר אחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים: לקום ולשכב; להתלבש להתפשט; להתרחץ; לאכול ולשתות; לשלוט על הסוגרים; ניידות;</p> <p>2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" כמוגדר בהסכם ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.</p>	<p>הגדרת מקרה ביטוח</p>
<p>עד 36 חודשים</p>	<p>משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח</p>
<p>פיצוי</p>	<p>סוג תגמולי הביטוח</p>
<p>3,625 ₪ למשך 36 חודש. <u>ניתן להגדיל , באופן וולונטרי, את סכום ומשך הפיצוי כלהלן:</u></p> <p>1. הארכת תקופת תשלום הגמלה בסך של 3,625 ₪ למשך 60 חודשים. 2. הגדלת סכום הגמלה לסך של 7,190 ₪ למשך 36 חודשים. 3. הגדלת סכום הגמלה לסך של 7,190 ₪ והארכתה למשך 60 חודשים. 4. הארכת תקופת תשלום הגמלה בסך של 3,625 ₪ והארכתה לכל החיים - למבוטחים מעל גיל 18 5. הגדלת סכום הגמלה לסך של 7,190 ₪ והארכתה לכל החיים - למבוטחים מעל גיל 18</p>	<p>סכום הביטוח</p>
<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.</p>	<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית</p>
<p>הפרמיה לעובד – קבועה כמפורט בסעיף 13 לעיל וצמודה למדד.</p>	<p>סקאלת הפרמיה</p>
<p>אין</p>	<p>זכויות המבוטח בגין העלאת הפרמיה</p>
<p>אין</p>	<p>קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים</p>
<p>קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.</p>	<p>שחרור מתשלום הפרמיה</p>
<p>אין</p>	<p>ערך מסולק</p>
<p>אין</p>	<p>תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח</p>
<p>ראה סעיף המשכיות לעיל</p>	<p>המשכיות</p>
<p>החזר של 80% מההוצאות בפועל בגין שיקום לתקופה שלא תעלה על 6 חודשים מיום קרות מקרה ביטוח ועד לתקרה של 33,00 ₪ לכל תקופת הביטוח</p>	<p>כיסוי הוצאות שיקום</p>

חלק ב' - ריכוז הכיסויים בהסכם ומאפייניהם**הגדרות :**

ביטוח תחילי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים ("מההשקל הראשון").

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

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

שיפוי - תגמולי הביטוח המשולמים בעת קרות מקרה הביטוח, כגובה ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל ובלבד שלא יעלו על תקרת סכום הביטוח הנקוב בפוליסה.

פיצוי - תגמולי הביטוח המשולמים בעת קרות מקרה הביטוח, אשר סכומיהם נקבעו מראש בפוליסה, ללא קשר להוצאות שהוציא המבוטח בפועל.

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
--------------	----------------	------------------------------------	-----------------------------	--------------------------

נספח א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בישראל בחו"ל**מסלול השיפוי**

יש	תחילפי	נדרש	שיפוי	השתלה באמצעות נותני שירות בהסכם עם המבוטח - שיפוי מלא. השתלה באמצעות נותני שירות שלא בהסכם עם מבוטח – שיפוי עד 5,493,000 ₪. במקום האמור לעיל המבוטח יוכל לבחור בפיצוי חד פעמי במקרה של ביצוע השתלה בחו"ל בסך \$60,000 (להשתלות כליה) או \$80,000 (להשתלות לב, כבד, ריאה וכל שילוב ביניהם). לפני מימוש ביטוח ההשתלות יבחן ע"י המבטחת אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה (2) מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים.
----	--------	------	-------	--

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	טיפול מיוחד בחו"ל - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים הינו עד 1,000,000 ₪. טיפול רפואי מיוחד בארץ- עד סך של 150,000 ₪ לכל תקופת הביטוח
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	השתלת מח עצם עצמית - שיפוי מלא בבי"ח פרטי או החזר בסך 880 ₪ לכל יום אשפוז ועד 30 יום.
תשלום הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<ol style="list-style-type: none"> 1. תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבטוח. 2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל עד 60 יום לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 יום לאחר הביצוע, לרבות: שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות וכל שירות רפואי אחר במהלך אשפוז. 3. תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. 4. תשלום כל ההוצאות הרפואיות, ובלבד שיהיו חוקיות, הדרושות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. 5. כיסוי הוצאות שימוש בלב מלאכותי עד למציאת תורם ועד \$250,000. 6. כיסוי לאיתור תורם (כולל בדיקת מעבדה) בעת הצורך בהשתלת מח עצם או השתלה המצריכה תורם ספציפי - עד 175,000 ₪. 7. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה למבטוח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במידה והמושגל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים.

קידוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>8. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל הוצאות צוות רפואי מלווה, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה – עד 175,000 ₪.</p> <p>9. ליווי רופא לטיסה - עד \$ 2,500 במידה ונדרש ע"י שלטונות התעופה ו/או ע"י שני רופאים מומחים בתחום.</p> <p>10. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ובמקרה שהמבטח הינו קטין, שני מלווים. כולל הוצאות העברה יבשתית לשדה התעופה וממנו ולבית החולים בחו"ל וממנו.</p> <p>11. תשלום עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד שנה מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד הנ"ל ובלבד שלא ניתן לבצע את טיפולי ההמשך בישראל.</p> <p>12. תשלום מלא עבור העברת גופת מבטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.</p> <p>13. תשלום עבור הבאת רופא מומחה לביצוע הטיפול במיוחד בישראל – אם לא ניתן להעביר את המבטח לחו"ל מסיבות רפואיות.</p> <p>14. תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד – עד 165,000 ₪.</p>

תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	<p>לאחר ביצוע ההשתלה, למעט במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות עצמית ו/או תאי גזע ו/או דם טבורי, תשלם חברת-הביטוח למבוטח גמלת החלמה בסך 5,000 ₪ לחודש, לתקופה של 12 חודשים או לתקופה של 24 חודשים אם מדובר בהשתלת לב/כבד/ריאה וכל שילוב ביניהם, ללא תלות בתקופת קיומו של הסכום זה וללא צורך בהוכחת נזק, בקבלות, בחשבוניות ו/או בראיה כלשהי על הוצאות.</p> <p>נפטר המבוטח בטרם שולמו לפחות שש גמלאות תשלום חברת הביטוח את הסכום החסר לסך שש גמלאות חודשיות ליורשים החוקיים.</p>
נספח ב' - כיסוי מורחב לניתוחים על בסיס פרנצ'יזה				
ניתוחים בארץ				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>ניתוח כולל השתלת קרנית או השתלת עור באמצעות נותני שירות שבהסכם עם המבטח או במרכז רפואי אחר - שיפוי מלא עבור ניתוחים שעלות השוק לאדם פרטי בבי"ח פרטי (הממוצע בעלויות של בתי החולים אסותא בת"א והמרכז הרפואי בהרצליה) הינה מעל 2000 \$.</p> <p>ילדים יכוסו בכל ניתוח כולל אלו שעלותם עד 2000 \$.</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
כיסוי בגין הוצאות ממשיות				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<ol style="list-style-type: none"> 1. שכר מנתח פרטי. 2. שכר רופא מרדים פרטי. 3. הוצאות חדר ניתוח. 4. בדיקה פתולוגית. 5. תותבת - עד סכום של 25,000 ₪ לתותבת (אין הגבלה למספר תותבות) 6. הוצאות אשפוז המבוטח בבי"ח ועד 30 ימי אשפוז. 7. שכר אח/ות פרטי/ית בעת שהות המבוטח בבי"ח - עד 635 ₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז. 8. שירותי הסעה באמבולנס - עד 150% מהתעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מד"א. 9. התייעצות אחת לפני ניתוח עם רופא מומחה- עד 930 ₪. 10. התייעצות נוספת עם רופא מומחה לפני ניתוח או אחריו - עד 930 ₪. 11. כיסוי מלא להוצאות בגין תרופות בבי"ח פרטי בעת הניתוח והאשפוז. 12. כיסוי הוצאות בדיקות אבחון ומעבדה בעת האשפוז. 13. טיפולים פיזיותרפיים בבי"ח פרטי במקרה ניתוח - עד 300 ₪ ליום ועד 30 ימי אשפוז. 14. טיפולים פיזיותרפיים הנדרשים בעקבות ניתוח אורתופדי/ ראש/ מח - עד 250 ₪ לטיפול, ועד 12 טיפולים במהלך 6 חודשים מיום ביצוע הניתוח. 15. כל הוצאה רפואית ושירות רפואי הקשורים לאשפוז או לניתוח והניתנים במהלכם ובלבד שאינם כלולים בנספח זה ועד לתקרה של 30,000 ₪.

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח (למבטוח בגיל 21-67)				
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	פיצוי חודשי בסך 3,460 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים שישולמו למבטוח בגין אובדן כושר עבודה מוחלט שנגרם כתוצאה ישירה מניתוח המכוסה עפ"י הפוליסה לאחר תקופת המתנה של 30 יום. סעיף זה לא יחול על מבטוח אשר לא היה כשיר לעבודה מלאה ביום ביצוע הניתוח ו/או 6 חודשים בטרם בוצע הניתוח.
מוות כתוצאה מניתוח (למבטוח בגיל 21-67)				
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	פיצוי חד פעמי למקרה מוות במהלך ניתוח ו/או כתוצאה מניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, ובתוך 14 יממות מביצוע הניתוח - בסך של 115,000 ₪ שישולמו למוטביו או יורשיו החוקיים של המבטוח.
סיוע בהשתלת קרנית				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	במידה והמבטוח יזדקק להשתלת קרנית ובאותה העת יהיה חוסר בקרניות להשתלה, המבטוח תסייע למבטוח תוך הפעלת קשריה בארץ ובחו"ל להשגת קרנית, במסגרת סכום הביטוח המוקנה בביטוח זה לאבזר מושלת. *טיפול רפואי חוזר (ובכלל זאת חוות דעת) אשר נדרש בעקבות מקרה ביטוח יחשב אף הוא למקרה ביטוח.
ניתוחים ללא השתתפות המבטח				
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	במערכת הציבורית - בוצע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו במערכת הציבורית בישראל, תשלם החברה למבטוח פיצוי מיוחד בגובה 1000 ₪ לכל יום אשפוז בבית החולים החל מהיום ה-4 ומקסימום עבור 30 יום.
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	במערכת הפרטית - בוצע ניתוח במערכת הפרטית בישראל, ללא השתתפות או בהשתתפות חלקית של המבטוח, יהיה זכאי המבטוח לפיצוי מיוחד בשיעור של 50% מההוצאות שנחסכו למבטוח.

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
ניתוחים בחו"ל				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>המבוטח יהא רשאי על פי בחירתו לעבור ניתוח המכוסה על פי הפוליסה בחו"ל ובלבד שקיבל לכך אישור מראש ע"י המבטח.</p> <p>ניתוח באמצעות מרכז רפואי שבהסכם עם המבטח - כיסוי עפ"י פרק הניתוחים בארץ, כמפורט לעיל.</p> <p>ניתוח באמצעות מרכז רפואי שאינו בהסכם עם המבטחת - עד הסכום שהיה משולם לו הניתוח היה מבוצע במרכז רפואי שבהסכם עם המבטח.</p> <p>ביצוע ניתוח שנועד להציל חיים/ ראייה/ שמיעה/ איבר ואין אפשרות לבצעו בארץ או שהניסיון הנצבר בחו"ל עולה באופן משמעותי על זה שבארץ - ישפה המבטח את המבוטח בנוסף לאמור לעיל, בגין הוצאות המפורטות להלן:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הינו קטין) בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל. 2. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה - עד \$20,000. 3. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, למבוטח ולמלווה אחד - עד \$200 ליום ועד \$20,000 סה"כ. עבור 2 מלווים אם המבוטח הינו קטין - עד \$300 ליום ועד \$30,000 סה"כ. 4. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר (חס וחלילה) כתוצאה מהניתוח או מסיבוכים הקשורים לניתוח - בתיאום מראש עם המבטח.

קיצוד תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
טיפולים מחליפי ניתוח				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>מבוטח הזקוק לניתוח המכוסה עפ"י הפוליסה, ואשר נקבע ע"י רופא מומחה בתחום בו נדרש הניתוח - יהא זכאי לקבלת שיפוי בגין טיפול מחליף ניתוח אשר בוצע <u>בישראל</u>, עד גובה עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף לו היה מתבצע אצל ספק השירות היקר ביותר שבהסכם עם המבטח.</p> <p>לא יכוסו במסגרת כיסוי של טיפול חליפי לניתוח: טיפולי פיזיותרפיה ו/או כימותרפיה, טיפולים ניסיוניים, טיפולים הניתנים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, הוצאות רכישת תרופות שלא מסגרת אשפוז.</p> <p>במידה ולאחר ביצוע הטיפול החליפי נזקק המבוטח לניתוח שבמקומו בוצע הניתוח החלופי, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הניתוח על פי הסכם זה בקיזוז הסכום ששולם למבוטח בגין הטיפול החלופי. אלא אם כן חלפו יותר מ-6 חודשים מאז ביצוע הטיפול החלופי ואז ישולם הסכום במלואו ללא קיזוז כלשהו.</p>
ימי החלמה				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>החזר הוצאות החלמה לאחר ביצוע ניתוח לב או מח/ ראש או ניתוח גב או השתלת לב, ריאה, כליה, או כבד- שיפוי בגין הוצאות החלמה ששולם בסמוך לניתוח (במוסד רפואי המיוחד לצרכי החלמה) עד 700 ש"ח לכל יום החלמה ועד 14 ימים סה"כ בכפוף להצגת קבלות מקוריות.</p>

קיצוד תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
נספח ג' – טיפול תרופתי מיוחד				
יש	תחליפי ומוסף	נדרש	שיפוי	<p>הצורך בטיפול בתרופה/ות למטרות ריפוי ו/או מניעת החמרה של מחלה קיימת ו/או מניעת חזרתה של מחלה שנגרמה כתוצאה ממחלה או תאונה ואשר אינה/ן נכללות בסל הבריאות ו/או הכלולה/ות בסל הבריאות אך מאושרת/ות להתוויה שונה מזו לה זקוק המבוטח, ואינה/ן ממומנת/ות באופן מלא ע"י קופ"ח בה חבר המבוטח, ובלבד שההתוויה הנדרשת מאושרת כתרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בארה"ב ו/או במדינות האיחוד האירופי ו/או קנדה ו/או אוסטרליה ו/או ניו זילנד ו/או שוויץ ו/או נורבגיה ו/או איסלנד (להלן: "המדינות המוכרות"), ובלבד שאין לתרופות אלו תרופות חלופיות הכלולות בסל התרופות, ובתנאי שהמבוטח קיבל המלצה בכתב מרופא מומחה לצורך טיפול במחלתו.</p> <p>כיסוי לתרופות המוגדרות כ- OFF LABEL, שאושרו לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה רפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהפרסומים המופיעים בסעיף 2.2 לנספח ג' להסכם.</p> <p>טיפול תרופתי בתרופת יתום אשר אינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי.</p> <p>סכום הביטוח - כיסוי עד 1,100,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, באישור מראש של המבטחת וכנגד הגשת קבלות מקוריות.</p> <p>בנוסף, המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות, ולא רק, הזרקת התרופה, מתן עירוי וכדומה, עד 150 ₪ ליום.</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
נספח ה' - נספח אמבולטורי				
בדיקות אבחנתיות				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>המבטח ישלם למבטוח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבטוח בפועל בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות, עד תקרה בסך של 11,000 ₪ למבטוח בשנת ביטוח.</p> <p>הכיסוי יינתן לבדיקות אשר אינן מאושרות על ידי קופ"ח ו/או זמן ההמתנה לביצוען עולה על 15 יום ו/או בדיקות שרופא מומחה קבע את הצורך המידי בביצוען כתוצאה ממצב בריאותו של המבטוח.</p>
חו"ד שנייה בארץ ו/או בחו"ל				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי או פיצוי	<p>המבטח ישלם למבטוח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבטוח בפועל אך לא יותר מהסכומים להלן:</p> <p>בחו"ל – שיפוי עד תקרה של \$1500 לכל חו"ד.</p> <p>בארץ – שיפוי עד תקרה של 1430 ₪ לכל חו"ד.</p> <p>המבטוח זכאי למקסימום 3 חוות דעת שנייה כמוגדר במקרה הביטוח לעיל, לכל שנת ביטוח.</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
נספח ו' - נספח אמבולטורי בעת גילוי מחלה קשה				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>עם גילוי מחלה קשה, כמפורט להלן, יהא המבוטח זכאי לשני ייעוצים בתקופת הביטוח אצל רופאים מומחים עד תקרה של 1,200 ₪ לכל שנת ביטוח כנגד קבלות מקוריות.</p> <p>במקרה של בדיקות מעבדה לגילויים ממאירים: לאחר שבדיקה פתולוגית קבעה את ממאירות הגידול המבוטח יהיה זכאי להחזר של 80% מההוצאה בפועל אך לא יותר מ-15,000 ₪ בגין ביצוע הבדיקות במסגרת מעבדות "ONCOTEST TEVA".</p> <p><u>להלן פירוט המחלות הקשות:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. מחלת כבד סופנית (שחמת); 2. אי ספיקת כבד פולמינגטית; 3. השתלת כבד; 4. מחלת ריאות כרונית; 5. עמילואידוזיס ראשונית; 6. תרדמת; 7. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש; 8. איבוד גפיים; 9. טרשת נפוצה; 10. תשישות נפש; 11. פרקינסון; 12. חירשות; 13. עיוורון; 14. פוליו (שיתוק ילדים); 15. ניוון שרירים מסוג ALS; 16. שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה); 17. שבץ מוחי; 18. התקף לב חריף; 19. אי ספיקת כליות כרונית; 20. השתלת איברים (לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב); 21. סרטן; 22. השתלת מוח עצם;

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
נספח ח' - "עזרה" למקרה ניתוח				
				<p>1. <u>בן משפחה</u> - בן משפחה" על פי נספח זה הינו מי שקוימו בו כל התנאים שלהלן במאוחד:</p> <p>א. בן משפחה קרוב של המוטב אשר בוטח על פי הפוליסה.</p> <p>ב. אינו קביל על פי הפוליסה מחמת גילו ו/או בגין מצב בריאותו.</p> <p>ג. הביטוח על פי הפוליסה אליה צורף נספח זה הינו בתוקף.</p> <p>בן משפחה קרוב: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.</p> <p>2. <u>סיוע במציאת ספקי שירותים רפואיים</u> החברה תקשר את בן המשפחה המעוניין, לנותני שרות המצויים בהסכם עם החברה.</p> <p>3. <u>זכות שימוש בהסכמי המבטח</u> כל בן משפחה יהא זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה הבסיסית במחירים מיוחדים על פי ההסכמים של החברה ותוך קיצור התורים.</p> <p>4. <u>טיפול אדמיניסטרטיבי וכספי</u> החברה תשלם ישירות לנותן השרות הנמצא בהסכם עמו, או לבן המשפחה ו/או למוטב כאשר ביצע פעולה ע"י נותן שירות אחר, בגובה הסכום המשולם לנותני שירות שבהסכם. התשלום יבוצע כנגד תשלום במזומן.</p> <p>6. <u>החזר הוצאות</u> למוטב ו/או לבן המשפחה נשמרת הזכות לפנות לקופת החולים בה הוא חבר, או לכל גורם אחר, לקבלת השתתפותם בהוצאות הרפואיות ששולמו על פי הסדר זה.</p>

נספח ט' - ביטוח סיעודי בתוקף עד ליום 31.12.2013

<p>1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מתוך 6 הפעולות הבאות, שאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים: לקום ולשכב; להתלבש להתפשט; להתרחץ; לאכול ולשתות; לשלוט על הסוגרים; ניידות;</p> <p>2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" כמוגדר בפוליסה ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.</p>	<p align="center">הגדרת מקרה ביטוח</p>
<p align="center">עד 36 חודשים</p>	<p align="center">משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח</p>
<p align="center">פיצוי</p>	<p align="center">סוג תגמולי הביטוח</p>
<p align="center">3,625 ₪ לאחר תקופת המתנה של 90 יום.</p>	<p align="center">סכום הביטוח</p>
<p>3,625 ₪ למשך 60 חודשים. 7,190 ₪ למשך 36 חודשים. 7,190 ₪ למשך 60 חודשים. 3,625 ₪ לכל החיים - למבוטחים מעל גיל 18 7,190 ₪ לכל החיים - למבוטחים מעל גיל 18 הרחבה מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום בתוספת פרמיה.</p>	<p align="center">הרחבת סכום הפיצוי החודשי ומשך תקופת תגמולי הביטוח</p>
<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.</p>	<p align="center">תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית</p>
<p align="center">אין</p>	<p align="center">קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים</p>
<p align="center">קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.</p>	<p align="center">שחרור מתשלום הפרמיה</p>
<p align="center">אין</p>	<p align="center">ערך מסולק</p>
<p align="center">אין</p>	<p align="center">תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח</p>
<p>מבוטח שיהיה במצב מזכה, יהיה זכאי להחזר של עד 80% מההוצאות בפועל בגין שיקום לתקופה שלא תעלה על 6 חודשים מיום קרות מקרה הביטוח ועד לתקרה של 33,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.</p>	<p align="center">הוצאות שיקום</p>
<p>לאחר תום תקופת ההמתנה ישלם המבטח למבוטח פיצוי חודשי רטרואקטיבי החל מהחודש השני לקרות מקרה הביטוח בחודשים הרביעי והחמישי.</p>	<p align="center">פיצוי בדיעבד (פרנציזה)</p>

כל סכומי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ב-15.04.2013, 12,160 נק'.

תמצית הכיסויים הינה לשם הבהרה בלבד. התנאים המלאים והמחייבים הינם תנאי ההסכם ופוליסת הביטוח.

אופן הגשת תביעה בתחום הבריאות

בהיוודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, עליך לפנות אל וועד הסגל האקדמי למני או לנגה בטלפון 61049 (08-646-1049)

טופסי תביעה וכן טיפים בכל הקשור בתביעות בריאות , ניתן לקבל באתר האינטרנט של יועץ הביטוח אריה מלמד

בכתובת www.mic.co.il

להבהרות / שאלות בנושאים מקצועיים ניתן לפנות

ליועץ הביטוח אריה מלמד באמצעות הדוא"ל : arye@mic.co.il

או לשרה sara@mic.co.il

כמו כן, ניתן לפנות את מוקד שירות הלקוחות של "כלל בריאות" בטלפון: 077-6388407 או 03 - 6388400 או *5590, 24 שעות ביממה.

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 וייחתם על ידי הרופא הממליץ.

כמו כן, יש לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לטיפול המבוקש.

לעזרתך בבחירת רופא מנתח, רשימת כל הרופאים שבהסכם עם חברת הביטוח, באתר האינטרנט www.clal-health.co.il

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

אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח דחוף ושמוע 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 בהקדם האפשרי.

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 התביעה המצורף.
- 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 בהשתתפותה:

- 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 התביעה המצורף.
- 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.

אופן הגשת תביעה בתחום הסיעודי

בהיוודע לך על הצורך בתביעת הכיסוי הסיעודי על פי ההסכם, ראשית עליך לפנות אל מוקד שירות הלקוחות של "כלל בריאות" בטלפון: 077-6388407 או 6388400 - 03 או *5590, , 24 שעות ביממה.

מסמכים שיש להמציא בעת תביעה:

- טופס תביעה בתחום הסיעודי (שימולא ע"י המבוטח) - הטופס כולל כתב ויתור על סודיות רפואית (וס"ר), המתיר לכל רופא ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- דו"ח הערכה תפקודית של המבוטח, שימולא ע"י הרופא המטפל של המבוטח.

לתשומת ליבך!

1. שאלון הערכה תפקודית ימולא על ידי הרופא המטפל בלבד.
2. התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח.
3. אין לחתום על טופס התחייבות מכל סוג שהוא ללא אישור חברת הביטוח.

הסכם ביטוח בריאות קבוצתי

הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

1.1	הפוליסה	חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כללים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו.
1.2	בעל הפוליסה	ועד הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון
1.3	המבוטחים	חבר ו/או עובד של בעל הפוליסה ו/או בן/בת זוג(ובכלל זאת ידועה/בציבור), שגילם בעת ההצטרפות לא יעלה על 70, ו/או ילידיהם ובני/ות זוגן ו/או נכדיהם (להלן: "בני משפחה"), ואשר שמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה, ואשר תעודכן מידי חודש. להסרת ספק יובהר כי במידה והמבוטח הצטרף לביטוח לפני גיל 70, הוא יהיה מבוטח כל עוד הפוליסה בתוקף וכל עוד הוא עונה על הגדרת המבוטח כאמור לעיל והפרמיה בגינו משולמת כסדרה.
1.4	תאריך ת. הביטוח	01.07.2013 .
1.5	רצף ביטוחי	למבוטחים שביום ההצטרפות היו בעלי פוליסת ביטוח פרטית בתוקף או נכללו במסגרת ביטוח בריאות קולקטיבי, יישמר הרצף הביטוחי לגבי כל הכיסויים החופפים בשתי הפוליסות. "רצף ביטוחי" משמעו העדר תקופת אכשרה ולצורך בדיקת מצב רפואי קודם ייחשב מועד ההצטרפות לביטוח הקודם כמועד ההצטרפות לביטוח עפ"י הסכם זה לצורך אישור הרצף הביטוחי יידרש המבוטח להמציא פוליסת ביטוח תקפה וכן אישור תנאי קבלה.
1.6	דמי הביטוח	הסכום שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה.
1.7	מקרה הביטוח	מערך עובדתי ונסיבתי המתואר אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה. למען הסר ספק מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.
1.8	תקופת אכשרה	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום 30 יום ממועד ההצטרפות. לעניין כיסויים הקשורים להריון ולידה תעמוד תקופת האכשרה על 270 יום מתאריך ההצטרפות לביטוח להוציא ניתוח קיסרי אם היה דרוש מסיבות רפואיות. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת הביטוח. להסרת ספק, תקופת האכשרה לא תחול על אדם שברשותו פוליסת ביטוח בריאות (פרטי או קבוצתי) בת תוקף של חברת ביטוח ערב תאריך ההצטרפות. הפטור מתקופת האכשרה יחול אך ורק על הכיסויים החופפים בשתי הפוליסות.

		כמו כן לא תחול תקופת האכשרה על מקרי ביטוח הנובעים כתוצאה מתאונה.
1.9	מדד	מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
1.10	שנת ביטוח	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה בהם תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח.
1.11	סכום ביטוח	הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.
1.12	חוק הביטוח	חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981
1.13	חוק הבריאות	חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994
1.14	ישראל	מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל
1.15	חול"ל	כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב
1.16	בית חולים	מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחול"ל כבית חולים, כולל מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ ושר"ן), וברישיון שלו מופיע היתר לבצע את סוג הניתוח או הפעולה הנדונה.
1.17	בית חולים בהסכם	בית חולים כמוגדר לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
1.18	מעבדה	מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או בחול"ל כמעבדה רפואית.
1.19	בדיקות	בדיקות חוזרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו אקטיבי ו/או חומר קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה, בתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. הבדיקות האמורות תתבצענה במעבדה או בבית החולים לפי העניין.
1.20	בית חולים בהסכם	בית חולים כמוגדר לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
1.21	ניתוח	כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE), כולל באמצעות לייזר, אשר מטרתה טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, וכן מצב רפואי שעלול (על פי כל קנה מידה רפואי מקובל) לסכן את המבוטח ו/או להחמיר את מצבו הבריאותי. במסגרת זו ייראו כניתוח גם השתלת עור וכן פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית כשהיא חלק מניתוח, או לקראת ניתוח ועד 30 יום לפני מועד ביצוע הניתוח או אבחון באמצעות מצלמה חוץ ו/או תוך גופית מסוגים שונים, וכולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדו', צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה.

	<p>להסרת ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום, או שיבוצעו בעתיד ובאים במקום ניתוח כהגדרתו לעיל ובלבד שהמבוטח קיבל המלצה לביצוע ניתוח.</p> <p>ההגדרות של הפרוצדורות הרפואיות נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.</p>
1.22	<p>טיפולים מחליפי ניתוח</p> <p>טיפול רפואי המחליף את הניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, בתנאי כי טיפול רפואי זה נועד להשיג תוצאות דומות לתוצאות הניתוח המכוסה על פי ההסכם.</p>
1.23	<p>מנתח הסכם</p> <p>רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ונמצא בהסכם עם המבוטח במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.</p>
1.24	<p>מנתח אחר</p> <p>רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ואינו מנתח הסכם.</p>
1.25	<p>רופא מרדים</p> <p>רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.</p>
1.26	<p>אח/אחות</p> <p>אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.</p>
1.27	<p>נותן שירות שבהסכם</p> <p>מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבוטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבוטח במועד התביעה.</p>
1.28	<p>תותבת (שתל)</p> <p>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 המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, ושתל דנטלי.</p> <p>הגדרת זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.</p>
1.29	<p>פיזיותרפיה</p> <p>טיפול פיזיותרפי על ידי רופא מומחה או אח/ות פרטי/ת או כל אדם אחר, בעל תעודת הסמכה של הרשות המוסמכת, לביצוע טיפול כזה ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.</p>
1.30	<p>יום אשפוז</p> <p>משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי החולים בישראל. מניית ימי האשפוז, בכל אשפוז שבו שהה המבוטח במהלך לילה אחד לפחות בבי"ח, תיעשה על פי מספר לילות האשפוז.</p>
1.31	<p>מצב רפואי קודם</p> <p>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 הצטרפות לביטוח.</p>

1.32	סייג של מצב רפואי קודם	סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את החברה מחבותה או המפחית את חבות החברה או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג
1.33	נספח א'	נספח השתלות וטיפולים מיוחדים בישראל ובחו"ל
1.34	נספח ב'	כיסוי מורחב לניתוחים על בסיס פרנציזה
1.35	נספח ג'	נספח טיפול תרופתי מיוחד
1.36	נספח ה'	נספח אמבולטורי
1.37	נספח ו'	נספח אמבולטורי בעת גילוי מחלה קשה
1.38	נספח ז'	נספח כתב שירות ביקורופא
1.39	נספח ח'	נספח "עזרה" למקרה ניתוח
	נספח ט'	נספח ביטוח סיעודי
1.40	נספח י'	נספח תקנות המפקח על הביטוח החלות על הסכם זה

2. תוקף הפוליסה

- 2.1 פוליסה זו תיכנס לתוקפה החל מיום 01.07.2013 תאריך תחילת הביטוח, ועם העברה למבטח של רשימת המבוטחים הכוללת פרטים אישיים בקובץ לפי פורמט הנדרש על ידי המבטח (שמות, מספרי זהות, תאריכי לידה, כתובת וטלפון), ותסתיים בתאריך 30.6.19 כמפורט בסעיף 4 להלן. למען הסר ספק מבוטח ששמו נשמט מרשימת המבוטחים עקב טעות טכנית ייחשב כמבוטח לכל דבר, ובלבד שתינתן הצהרה בכתב של מנהל משאבי אנוש או של מנהל מוסמך אחר בארגון על עצם הטעות הטכנית ועל היותו מבוטח על פי הקריטריונים שבהסכם זה ותשולם מלוא הפרמיה בגינו. מידי חודש יועברו למבטח רשימת מבוטחים שנגרעו מהביטוח.
- 2.2 הביטוח יתחדש אוטומטית לתקופה של 36 חודשים כל פעם, אלא אם הודיע אחד הצדדים לפחות 60 יום לפני תום תקופת הביטוח או תום התקופה המוארכת על רצונו שלא לחדשו.
- למען הסר ספק מבוטח יחיד יהיה רשאי לפרוש מההסכם בכל עת ומכל סיבה שהיא בהודעה בכתב שתינתן לפחות 30 יום מראש לבעל הפוליסה.
- 2.3 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:
- לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- והוא – מעביד לגבי עובדיו ותאגיד לגבי חבריו ובני משפחותיהם, ובלבד שעריכת ביטוח בריאות קבוצתי לחבריו אינה המטרה העיקרית להתאגדותו.
- וכי הוא ימסור למבטח מידע לגבי קבוצתי המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב בעל הפוליסה להעביר למבטח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה, או הרחבתה, ומידע עדכני על כל מבוטח שיצא מהקבוצה.

3. תנאי ההצטרפות

מבוטחים קיימים - כל עובדי/חברי בעל הפוליסה ובני/ות משפחותיהם שהיו מבוטחים במסגרת ההסכם הקודם ברצף עד מועד תחילתו של הסכם זה והמופיעים ברשימת המבוטחים יכללו אוטומטית בביטוח על פי הסכם זה וזאת ללא כל צורך בחתימה על הצהרת בריאות אישית, בכפוף לתנאי הסכם זה על כל נספחיו.

3.1. עובדים קיימים אשר לא הצטרפו לביטוח עד למועד תחילתו של הסכם זה (להלן: "**עובדים קיימים**") ובני משפחותיהם ו/או עובדים קיימים ובני משפחותיהם שהיו מבוטחים ובטלו את הביטוח ומבקשים לחזור לביטוח, יצורפו על בסיס חיתום אישי לאחר שימלאו הצהרת בריאות אישית.

3.2. **מבוטחים חדשים**: עובדים חדשים ובני/ות משפחותיהם יצורפו לביטוח במועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה ללא צורך בתהליך חיתום ובלבד שהצטרפו בתוך עד 90 יום מיום תחילת עבודתם ובלבד שימלאו ויחתמו על טופס הצטרפות.

3.3. בני זוג שנישאו במהלך תקופת הבטוח, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות במידה ויצטרפו בתוך 90 יום ממועד הנישואין, ויחולו עליהם תנאי הקבלה החלים על העובדים על פי סעיף 3.2 לעיל.

3.4. **תינוק שנולד**- וצורף לביטוח תוך 90 ימים מיום הולדתו על ידי הודעה בכתב לחברת הבטוח, כולל פרטיו המלאים: שם, ת.ז ותאריך לידתו, יהיה פטור ממילוי הצהרת בריאות ותהליך חיתום. לאחר 90 יום מיום הלידה ההצטרפות מותנית במילוי הצהרת בריאות והליך חיתום.

3.5. מועמדים לביטוח הנדרשים למלא הצהרת בריאות עפ"י הוראות סעיף 3 להסכם זה לעיל, תאריך תחילת הביטוח ייחשב ה- 1 (ראשון) לחודש העוקב לחודש בו הסתיים הליך החיתום וניתן אישור המבטח בכתב לקבלת המועמד לביטוח. המבטח מתחייב לסיים את הליך החיתום תוך 30 יום מיום קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לשביעות רצונו. במקרה שהמועמד לביטוח לא הגיש את כל המסמכים הרפואיים לפי דרישת המבטח עד גמר 30 ימי החיתום, יהא ראשי המבטח להודיע למבוטח כי אינו יכול להצטרף להסכם זה.

3.6. מצטרפים חדשים שביום ההצטרפות היו בעלי פוליסת ביטוח בריאות ו/או סיעוד פרטית בתוקף או נכללו במסגרת ביטוח בריאות קולקטיבי, יישמר הרצף הביטוחי לגבי כל הכיסויים החופפים בשתי הפוליסות. "**רצף ביטוחי**" משמעו העדר תקופת אכשרה ולצורך בדיקת מצב רפואי קודם ייחשב מועד ההצטרפות לביטוח הקודם כמועד ההצטרפות לביטוח עפ"י הסכם זה. לצורך אישור הרצף הביטוחי יידרש המבוטח להמציא פוליסת ביטוח תקפה וכן אישור תנאי קבלה ותשלומי פרמיה.

4. תקופת ההסכם (תקופת הביטוח)

4.1. תקופת ההסכם תהיה 72 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, למעט נספח הביטוח הסייעודי שיסתיים ביום 31.12.2013. ההסכם יוארך אוטומטית לתקופות נוספות בנות 36 חודשים, אלא אם כן הודיע אחד הצדדים בכתב על רצונו שלא להאריך את ההסכם או את תקופת ההארכה וזאת בהודעה בכתב 60 ימים לפחות לפני תום תקופת ההסכם או תקופת ההארכה. למרות האמור לעיל יוכל בעל הפוליסה להביא הסכם זה לידי סיום באופן מיידי במקרה של הפרת הסכם זה ע"י המבטח באופן שחוזר על עצמו בדרך של אי מתן שירות למבוטחים או סירוב בלתי מנומק לשלם תביעות, ובלבד שבעל הפוליסה פנה למבטח בכתב והמבטח לא תיקן את ההפרה בתוך 60 יום ממועד קבלת המכתב, ביטול רישיונו של המבטח, פתיחת הליכי פרוק נגד המבטח, או במקרה של מינוי מנהל מורשה או מפקח מיוחד למבטח לפי חוק הפיקוח. להסרת ספק - כל מבוטח יהיה רשאי בכל עת מכל סיבה שהיא לעזוב את הסדר הביטוח, בהודעה בכתב שתינתן לבעל הפוליסה.

4.3. תום תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח ובני משפחתו יהיה במוקדם מבין המקרים הבאים:

4.3.1. הודעה בכתב של בעל הפוליסה על הפסקת חברותו של המבוטח במסגרת ההסכם.

4.3.2. תום ההסכם.

4.3.3. ילד המבוטח בהגיעו לגיל 26

4.3.4. שהיית המבוטח בחו"ל לתקופה של מעל שנתיים, אלא אם אותו מבוטח נמצא בשליחות (הכוללת גם את משפחתו המבוטחת) של מוסד ממשלתי או ציבורי או מטעם בעל הפוליסה.

למנן הסר ספק, ילדי/נכדי מבוטחים שהגיעו לגיל 26 ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי נספח זה, אך במחיר של מבוטח.

4.4. **המשכיות לפרט בביטוח הבריאות הקבוצתי במקרה של סיום ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם:**

מבוטח שעזב את הארגון מכל סיבה שהיא ו/או במקרה וההסכם יתבטל ולא יחודש אצל מבטח אחר, יוכל לרכוש פוליסה/פוליסות ביטוח בריאות אישיות בתנאים ובתעריפים אשר יהיו קיימים אצל המבטח באותו מועד ובסכומי ביטוח שלא יעלו על סכומי הביטוח על פי הסכם זה, זאת ללא הוכחת מצב בריאות וללא תקופת אכשרה, ובתנאי כי הודיע על רצונו להמשיך בביטוח בתוך 60 יום ממועד שעד אליו היו מבוטח במסגרת ההסכם, הממשיכים בביטוח על פי סעיף זה יקבלו הנחה בת 25% בדמי הביטוח למשך 72 החודשים הראשונים בביטוח אישי.

להסרת ספק יובהר כי המעבר לפוליסה פרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

4.5. **המשכיות לפרט בביטוח הסייעודי הקבוצתי במקרה של סיום ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם:**

בתום ההסכם, אם ההסכם לא חודש אצל מבטח אחר (לגבי כלל המבוטחים או חלק מהם), או בתום הביטוח מפאת סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, לרבות מפאת גירושין או פטירת בן/בת הזוג, שבשלם מאבד המבוטח את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית מבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם זה ברצף לפני מועד

הפסקת הביטוח, בין אצל המבטח ובין אצל מבטח אחר, יהיו זכאים להצטרף ללא תקופת אכשרה וברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם) לאחת מתכניות ביטוח הסיעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בסכום ביטוח ותקופת תשלום הקבועים בפוליסה זו (או פחות, לפי בחירת המבטח), בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים באותה עת בביטוח הסיעודי הפרטי (להלן: "**הביטוח הסיעודי הפרטי**") ובלבד שהמבטח הצטרף לביטוח הסיעודי הפרטי תוך 60 יום ממועד הודעת המבטח, ובמקרה של גירושין - תוך 60 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבטוח על פי הסכם זה, וכל זאת בתנאי שהמבטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי פוליסה זו במועד המעבר לביטוח הסיעודי הפרטי. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

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

לממשיכים בביטוח על פי סעיף זה יקבלו הנחה בת 25% בדמי הביטוח למשך 72 החודשים הראשונים בביטוח האישי.
 למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות.
 להסרת ספק, יובהר, כי ייתכן והמעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

5. דמי הביטוח

5.1. דמי הביטוח החודשיים עבור ביטוח הבריאות יהיו כדלקמן:

לעובד/ת - 75 ₪

לבן/בת זוג עובד - 75 ₪

לילד עובד(רווק) עד גיל 26 - 15 ₪ (ילד שלישי ואילך – חינם)

לילד עובד נשוי ו/או מעל גיל 26 - 75 ₪

5.2. דמי הביטוח החודשיים עבור ביטוח הסיעוד יהיו כדלקמן (נספח הסיעוד יהיה

בתוקף עד 31.12.2013 בהתאם לתקנות המפקח על הביטוח):

תוספת הפרמיה		תקופת תשלום	סכום ביטוח
מבוגר	ילד		
15.5 ₪	0 ₪	36 חודשים	3625 ₪
75 ₪	1.5 ₪	36 חודשים	7190 ₪
52 ₪	3 ₪	60 חודשים	3625 ₪
102 ₪	4 ₪	60 חודשים	7190 ₪
77 ₪	3 ₪ (מגיל 18 ומעלה)	כל החיים	3625 ₪
153 ₪	5 ₪ (מגיל 18 ומעלה)	כל החיים	7190 ₪

- 5.3. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה עד ל- 30 של כל חודש (בגין החודש הקודם), על פי המועד בו על התשלום להיות מבוצע על פי תנאי הסכם זה.
- 5.4. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן.
- 5.5. דמי הביטוח ישולמו על פי מכפלת מספר המבוטחים (הרשומים ברשימה מרוכזת על ידי בעל הפוליסה אשר תועבר לחברה), על פי המפורט בסעיף 5.1 לעיל.
- 5.6. דמי הביטוח יועברו במרכז למבטח באחריות בעל הפוליסה או מי מטעמו. יודגש ויובהר כי בעל הפוליסה ירכז זהות המבוטחים המצטרפים מעת לעת לביטוח ואת המבוטחים אשר יבחרו לסיים את הביטוח לגביהם ויעבירם למבטח.
- 5.7. התאמת פרמיה – לאחר תום 36 חודשים מתחילת תקופת הביטוח רשאית חברת הביטוח לבצע התאמת פרמיה לפי הנתונים המצטברים נכון לתקופה של 30 חודשים מיום תחילת הביטוח, בהתאם לנוסחה כמוסכם בין המבטח לבעל הפוליסה.
- למרות האמור לעיל יהיו הצדדים רשאים לבוא בדברים באשר לשינוי הכיסויים בפוליסה במטרה לצמצם ו/או לבטל את הפרשי התאמת הפרמיה.
- 5.8. השתתפות ברווחים בהתאם למוסכם בין המבטח לבעל הפוליסה.
- 5.9. הדו"חות שיספק המבטח ושעל פיהם ייערכו החישובים לעיל יהיו חתומים ע"י רואה חשבון מוסמך מטעם המבטח.
- 5.10. בתחילת כל שנה תעביר חברת הביטוח דו"ח המפרט את סך הפרמיה ששולמה, את סך התביעות ששולמו וכן את כמות וסכום התביעות התלויות שטרם שולמו.

6. תגמולי ביטוח

- 6.1. המבטח יהא רשאית על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או חשבוניות מקוריות. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שהמבטח מחויב בתשלום עבור השירותים הנדרשים על פי תנאי הסכם זה.
- 6.2. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 6.3. תגמולי הביטוח הנקובים במטבע זה והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום התשלום לספק השירות.
- 6.4. המבטח מתחייב לשלם את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ- 14 יום ממועד הגשת כל המסמכים שנדרשו לידיה. על כל עיכוב בתשלום תגמולי הביטוח מעבר לאמור לעיל, ישלם המבטח קנס בשיעור הריבית הנהוגה באותה עת ליתרת חובה בבנק עבור כל יום עיכוב, זאת מבלי לגרוע כל סעד חוקי לו יהיו זכאי המבוטח או בעל הפוליסה.
- תביעה מתמשכת בגין תרופות תשלום לא יאוחר מ- 3 ימי עבודה מיום קבלת המסמכים הרלבנטיים בחברת הביטוח.

6.5. נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה ישלם המבטח את היתרה לעיזבונו של המבוטח על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.

6.6. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.

6.7. הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח תגמולי ביטוח, בשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי נספח זה. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

6.8. היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על פי ביטוח זה במלואן או בחלקן במסגרת פוליסה אחרת בחברה או בחברת ביטוח אחרת, ישלם המבטח את מלא ההוצאות על פי חבותו בנספח זה, בתנאי שיקבל מן המבוטח זכות שיבוב לגבות באופן יחסי את חלק המבטח/ים האחר/ים עבור ההוצאות שהוצאו בפועל, בהתאם להיקף הכיסוי לו היה זכאי המבוטח מכלל המבטחים, למעט מקרים בהם ניתן לקבל פיצוי (כפל) כגון ביטוח חיים, ביטוח סעודי וכל כיוצ"ב.

7. תביעות

המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי נספח זה או יעבירם ישירות לנתני השירות שבהסכם אם נתקיימו תנאים אלה:

7.1. המבוטח הודיע מראש למבטח על מקרה הביטוח וקיבל אישור המבטח לחבותו על פי נספח זה. קבלת אישור המבטח לקיום מקרה ביטוח ולחבותו, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה. קרה מקרה ביטוח ועקב מצב חירום רפואי נמנע מהמבוטח להודיע, ישלם המבטח את תגמולי ביטוח. המבטח לא יסרב סירוב בלתי סביר לאישור כאמור, או ישתהה במתן האישור. אישור המבטח יינתן לא יאוחר מ- 72 שעות ממועד הגשת הבקשה והמסמכים הרפואיים (כאמור בסעיף 7.2 להלן), או מועד מוקדם מכך, היה ומצבו של המבוטח מחייב זאת.

7.2. המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר למבטח את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים המתייחסים לתביעתו, ואת כל המסמכים, המצויים ברשותו, הדרושים למבטח לברור תביעתו.

7.3. המבוטח המציא למבטח קבלות מקוריות המאשרות תשלום בפועל על ידו.

7.4. על אף כל האמור בהסכם זה, במקרה של ניתוח חירום לא יהיה בהודעת המבוטח לחברת הביטוח על מקרה הביטוח בדיעבד, לאחר קבלת השירות הרפואי, כדי לפגום או לגרוע בזכות מזכותיו של המבוטח או של בעל-הפוליסה, כולל הזכות לאישור-כיסוי והזכות להחזרים כספיים בגין אותן שירות רפואי ובתנאי שטרם חלה תקופת ההתיישנות.

- 7.5. המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון ובלבד שמצב המבוטח מאפשר זאת ואין בביצוע הבדיקה ו/או החקירה משום החמרת מצבו של המבוטח או עיכוב בריפוי ו/או בטיפול לו הוא נדרש.
- 7.6. בכל מקרה של דחיית תביעה שהוגשה לחברת הביטוח, יעביר המבטח ליועץ הביטוח אריה מלמד, את החלטתו לגבי דחיית התביעה לצורך קבלת תגובתו בטרם תשלח הודעה למבוטח.
- 7.7. יובהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל. אין בסעיף זה למנוע מן המבוטח, ללא קשר או זיקה כלשהם לחברה, אפשרות לתבוע את נותן השירות.
- 7.8. המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות ותביעות שיפעל 24 שעות ביממה.

8. חריגים כללים

- 8.1. המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת ההצטרפות לביטוח כדלקמן:
1. פחות מ- 65 שנים – החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 2. 65 שנים או יותר - החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

סייג של מצב רפואי מסויים למבוטח מסויים:

על אף האמור בסעיפים 8.1 ו- 8.2 לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסויים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסויים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסויים.

תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסויים הנזכר בהודעת המבוטח.

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף לגבי מבוטחים קיימים שהיו מבוטחים במסגרת ההסכם הקודם וממשיכים להיות מבוטחים במסגרת פוליסה זו ברצף, וזאת בגין הכיסויים והסכומים החופפים שבין ההסכם הקודם ובין פוליסה זו. לעניין זה מועד התחולה של הסדר הביטוח לבעלי פוליסות קיימות יהיה תאריך תחילת הביטוח בפוליסה הקיימת על אותם כיסויים חופפים.

- 8.2. המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח אם נגרם ישירות בסיבות במפורטות לעיל:
- 8.2.1. מקרה הביטוח אירע לפני תחילת הביטוח או בתוך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח,
- 8.2.2. מקרה הביטוח הוא תוצאה של פגם ו/או מום מולד, ובלבד שהיה מצוין בתיקו הרפואי טרם הצטרף לביטוח.
- חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
- א. פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- ב. 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 8.2.3. אי שפיות, התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, הפרעות נפשיות, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 8.2.4. גלישה אווירית, רחיפה, צניחה, טיסה בכלי טייס כלשהו למעט טיסה בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.
- 8.2.5. תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת כשל החיסוני הנרכש (AIDS) כולל מוטציות ו/או וריאציות ו/או תסמונת דומה אחרת.
- 8.2.6. שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע. ובלבד שמקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של שירות זה והמבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול רפואי מגורם ממשלתי. במידה והפיצוי/שיפוי ו/או הטיפול הרפואי נופל בהיקפו מהמגיע למבוטח על פי פוליסה זו, ישלם המבטח את ההפרש ישירות למבוטח.
- 8.2.7. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 8.2.8. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 8.2.9. פעילות ספורט מקצוענית במסגרת אגודת ספורט אשר שכר בצידה (החזר הוצאות לא ייחשב כשכר לצורך סעיף זה), למעט פעילות ספורט במסגרת העבודה (להסרת ספק, הביטוח יחול על פעילות במסגרת הליגה למקומות עבודה).
- 8.2.10. פריון ו/או עקרות ו/או אין אונות.

9. הצמדה

סכומי הביטוח הקבועים בפוליסה זו ודמי הביטוח שעל חברה לשלם יהיו צמודים למדד הידוע האחרון שפורסם לפני התשלום בפועל.

חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד ביום תחילת הביטוח.

מדד הבסיס לפוליסה זו הוא 12,160 נק', כפי שפורסם בתאריך 15.4.2013.

10. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו היא שלש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

11. חוק הביטוח

הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 יחולו על נספח זה בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

12. פיגורים בתשלומים

12.1. המבטחת תיתן ארכה לתשלום כל פרמיה למשך 30 יום נוספים לאחר מועד התשלום. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. אם בתום תקופת הארכה לא שולמה הפרמיה למבטח, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפיפות להוראות החוק.

12.2. לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 12.1, ניתנת לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 90 יום ממועד תשלום הפרמיה שלא שולמה, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל הפרמיות שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים המבטח לא יהיה אחראי לכל אותם מקרי ביטוח שאירעו מיום ביטול הביטוח ועד חידושו.

12.3. אחרי עבור 90 יום ממועד תשלום הפרמיה שלא שולמה, לא יהיה המבטח חייב לחדש את הביטוח.

13. הודעות

על בעל הפוליסה להודיע למבטח על כל שינוי כתובת במכתב רשום. הודעה שתישלח על ידי המבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

14. בוררות

במקרה והתגלעו חילוקי דעות בנושאים רפואיים הנוגעים להסכם זה, מסכימים הצדדים כי יתנהל לאלתר הליך לשם מציאת פתרון מוסכם. היה ולא נמצא פתרון מוסכם כאמור, תוך שבעה ימים, מסכימים הצדדים כי המחלוקת תועבר לאלתר לבוררות על ידי בורר מוסכם או, בהעדר הסכמה, בורר מכריע, שהוא :

א. במחלוקות רפואיות - רופא מומחה בתחום שבמחלוקת, ברמת מנהל מחלקה בבית חולים מוכר בישראל לפחות.

ב. בנושאים אחרים – עורך דין בכיר מומחה בתחום הנזיקין.
זהות הבורר תיקבע בהסכמה על ידי שני הצדדים. הכרעתו של הבורר תחייב את הצדדים. בהוצאות הבוררות תישא חברת הביטוח.

15. סיוע משפטי

מבלי לפגוע באמור בהסכם זה ובנספחיו מתחייב המבטחת כי במידה והמבוטח ירצה להגיש תביעה על רשלנות רפואית כתוצאה מביצוע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, הוא יקבל סיוע משפטי כדלהלן:

1. המבטחת תפנה אותו לעורכי דין אשר עיסוקם בתחום הרשלנות הרפואית.
 2. המבטחת תסייע בידו להשיג רשומות רפואיות אשר תוכלנה להוות בסיס לתביעתו.
 3. המבטחת תישא בהוצאות עבור חו"ד ראשונית לגבי הסיכוי והכדאיות להגיש תביעת רשלנות, עד לסכום של 1000 ₪.
- הסיוע הנ"ל יינתן להתייעצות אחת בלבד לכל מקרה ביטוח. המבטחת אינה אחראית לטיב הייעוץ המשפטי שיינתן למבוטח.

16. ועדת חריגים

במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל על פי סעיף 1.2 לנספח א', אשר עלותו תהיה גבוהה מסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 2.4 לנספח א', יבדקו הצדדים אפשרות לתשלום הטיפול המיוחד בחו"ל בחלקו או במלואו וזאת "לפנים משורת הדין" ובכפוף לתוצאות הביטוח.

17. הודעות למבוטחים וחוברת הסבר

המבטח יפיק ויפיץ חוברת אשר תכלול את מכלול תנאי הפוליסה, מידע דרוש, פרטים בדבר אופן הגשת תביעות וכל פירוט אחר כפי שייקבע על ידי בעל הפוליסה. רשימת המבוטחים תשמש את המבטח אך ורק לשם מתן שירותים על פי הסכם זה ולא תועבר לצד שלישי כלשהו.

18. שיתוף פעולה

המבטח ישתף פעולה עם בעל הפוליסה ככל שיידרש לצורך מתן השירותים על פי תנאי הסכם זה. שמות אנשי הקשר לעניין נושאים הקשורים בהסכם יועברו על ידי בעל הפוליסה.

נספח א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בישראל ובחו"ל

א.

מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא הצורך בביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד, בארץ ו/או בחו"ל כהגדרתם להלן:

השתלה 1.1

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו במקומם, לרבות השתלה של מח עצמות או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי שמקורם במוטב עצמו מדם היקפי מתורם אחר בגוף המבוטח או מתרומה עצמית של המבוטח או השתלה מח עצמות עצמית. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, או איבר מלאכותי אחר, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושלת איבר מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת אותו איבר מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

הגדרה זו של השתלה כפרוצדורה רפואית נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר הביטוח מס' 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

1.1.1 מקרה ביטוח יחשב, בתנאי כי רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין, קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים, את הצורך המידי בביצוע ההשתלה וההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה תבוצע ההשתלה, לפי בחירת המבוטח. לא יכללו במסגרת ההשתלה טיפול ניסיוני וטיפול למטרת מחקר.

1.1.2 לאחר ביצוע ההשתלה, למעט במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות עצמית ו/או תאי גזע ו/או דם טבורי, תשלם חברת הביטוח למבוטח גמלת החלמה בסך 5,000 ₪ לחודש, לתקופה של 12 חודשים או לתקופה של 24 חודשים אם מדובר בהשתלת לב/כבד/ריאה וכל שילוב ביניהם, ללא תלות בתקופת קיומו של הסכם זה וללא צורך בהוכחת נזק, בקבלות, בחשבוניות ו/או בראיה כלשהי על הוצאות. נפטר המבוטח בטרם שולמו לפחות שש גמלאות תשלום חברת הביטוח את הסכום החסר לסך שש גמלאות חודשיות ליורשים החוקיים.

למען הסר ספק המבוטח יהיה זכאי לתשלום הגמלה עפ"י סעיף זה גם אם ההשתלה הנ"ל בוצעה שלא באמצעות המבטח ובלבד שהמבוטח ימציא מכתב רשמי מהמרכז הרפואי בו בוצעה ההשתלה ופרטיה.

טיפול רפואי מיוחד 1.2

1.2.1 טיפול מיוחד – ניתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/ראיה/שמיעה/איבר בחו"ל אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, כולל אפשרות הבאת רופא מומחה מחו"ל לארץ, ואשר מתקיים בו לפחות אחד התנאים הבאים:

1.2.1.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע, מכל סיבה שהיא, על ידי שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל (טיפול או ניתוח חלופי משמעו מתן אותן תוצאות באותו פרק זמן ללא תופעות לוואי וללא פגיעה באיכות חייו של המבוטח לעומת המקובל בטיפול דומה בחו"ל).

1.2.1.2 סיכויי ההצלחה של הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.

1.2.1.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר בחו"ל ועקב כך קיים סיכון לפגיעה חמורה בבריאות המבוטח או בחייו.

לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני טיפול למטרת מחקר או טיפול רפואה משלימה.

טיפול רפואי מיוחד בארץ - ניתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת

חיים/ראיה/שמיעה/איבר אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, כולל אפשרות הבאת רופא מומחה מחו"ל לארץ, אשר אינו ממומן באופן מלא או חלקי במסגרת בסל שירותי הבריאות, במידה וקיים מימון חלקי תשלום החברה את ההפרש עד מלוא ההוצאה בפועל. הכיסוי בגין טיפול מיוחד בארץ יהא עד סך של 150,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

1.3 מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו נקבע לראשונה הצורך הרפואי להשתלה ו/או לטיפול מיוחד כאמור לעיל.

2. סכום הביטוח

2.1 להשתלה במרכזים רפואיים המצויים בהסדר עם המבטח – ללא תקרת סכום ביטוח.

2.2 להשתלה במרכזים רפואיים אשר אינם בהסדר עם המבטח- סכום הביטוח המרבי להשתלה יהיה עד 5,493,000 ₪.

2.3 המבוטח יוכל לבחור בפיצוי חד פעמי במקרה של ביצוע השתלה בחו"ל בסך \$60,000 (להשתלות כליה) או \$80,000 (להשתלות לב, כבד, ריאה וכל שילוב ביניהם) וזאת במקום האמור בסעיף 2.1 ו- 2.2 דלעיל, ובכפוף להוראות המפקח על הביטוח המתנה את מתן הפיצוי בקיום התנאים דלהלן:

2.3.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;

2.3.2 מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

2.4 סכום הביטוח המרבי לטיפול רפואי מיוחד בחו"ל יהיה 1,000,000 ש"ח.

2.5 להשתלת מח עצמות עצמית – שיפוי מלא בבית חולים פרטי או החזר של 880 ₪ לכל יום אשפוז עד מקסימום 30 יום.

2.6 מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו היה קיים עפ"י תיקו הרפואי של המבוטח הצורך הרפואי בהשתלה ו/או בטיפול מיוחד, כאמור לעיל.

3. התחייבות המבטח

בקרות מקרה הביטוח ישלם המבטח ישירות לספק השירות, אם יבחר המבוטח לבצע את ההשתלה במרכז רפואי הנמצא בהסכם עם המבטח. במידה והמבוטח יבחר לבצע את ההשתלה במרכז שאינו בהסכם עם המבטח, המבטח יצייד את המבוטח במכתב התחייבות לתשלום כפי שיידרש או ישפה את המבוטח כנגד

- קבלות מקוריות בגין ההוצאות המכוסות בהסכם זה ולא יותר מתקרות של ספקי שירות שבהסכם עם המבטח.
- בכל מקרה לא יעלו סכומי הביטוח על האמור בכל סעיף (אם יש תקרה) ולא יותר מההוצאות שהוצאו בפועל.
- 3.1 המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוציא בפועל בגין מקרה הביטוח.
- 3.1.1 תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח.
- 3.1.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות וכל שירות רפואי אחר במהלך האשפוז.
- 3.1.3 תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.1.4 תשלום כל ההוצאות הרפואיות והאחרות, ובלבד שיהיו חוקיות, הדרושות להשגת האיבר להשתלה, שימורו, והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 3.1.5 כיסוי הוצאות שימוש בלב מלאכותי עד למציאת תורם, אך לא יותר מ-\$250,000.
- 3.1.6 כיסוי ההוצאות איתור תורם (כולל בדיקות מעבדה), בעת הצורך בהשתלת מח עצם או השתלה המצריכה תורם ספציפי, עד לתקרה של 175,000 ₪, סכום זה הוא בנוסף לסכומים הנזכרים לעיל.
- 3.1.7 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במידה והמושתל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 3.1.8 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל הוצאות צוות רפואי מלווה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה עד לתקרה של 175,000 ₪.
- 3.1.9 במידה ונדרש ע"י שלטונות התעופה ו/או ע"י שני רופאים מומחים בתחום כי למבוטח יתלווה במהלך הטיסה גם רופא (בנוסף למלווה/ים), המבטח יישא בהוצאה זו עד לתקרה של \$2,500.
- 3.1.10 תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. במידה והמושתל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים. וכולל הוצאות העברה יבשתית לשדה התעופה וממנו ולבית-החולים בחו"ל וממנו.
- 3.1.11 תשלום עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד שנה מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד הנ"ל ובלבד שלא ניתן לבצע את טיפולי המשך בישראל.
- 3.1.12 תשלום מלא עבור העברת גופת מבוטח לישראל אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל.
- 3.1.13 תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל – אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 3.1.14 תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרה של 165,000 ₪.

נספח ב' - כיסוי מורחב לניתוחים על בסיס פרנציזה

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח כולל השתלת קרנית, או השתלת עור אשר יבוצע על ידי מנתח הסכם או מנתח אחר, בבית חולים או בכל מרכז רפואי אחר ובלבד שעלות השוק של ניתוח מסוג זה עולה על \$2000. להסרת ספק עלות שוק היא העלות הממוצעת של עלויות הניתוח הרלוונטי בבתי החולים אסותא בתל אביב והמרכז הרפואי בהרצליה. הכיסוי לילדים הוא לכל ניתוח ללא מגבלה של \$2000.

2. התגמול בגין מקרה ביטוח

- 2.1 המבטח ישפה את המבוטח, באופן מלא וישיר אצל נותן השרות שבהסכם, או כנגד קבלות או חשבוניות מקוריות שימציא לה המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם לנותן השרות שבהסכם שבין המבטח לבין נותני השרותים מסוגו:
- 2.1.1 שכר מנתח פרטי.
 - 2.1.2 שכר רופא מרדים פרטי.
 - 2.1.3 הוצאות חדר ניתוח.
 - 2.1.4 בדיקה פתולוגית.
 - 2.1.5 תותבת – עד סכום של 25,000 ₪ לתותבת (אין הגבלה למס' התותבות).
 - 2.1.6 הוצאות אשפוז המבוטח בבית חולים ועד 30 ימי אשפוז.
 - 2.1.7 שכר אחות/פרטי/ת בעת שהותו של המבוטח בבית חולים – עד 635 ₪ ליום לתקופה מרבית של 8 ימים.
 - 2.1.8 המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי הסעה באמבולנס עבור הסעת המבוטח לבית חולים או ממנו, ו/או בין בתי חולים, לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר, המכוסה על פי פרק זה. שיפוי זה לא יעלה על פעם וחצי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.
 - 2.1.9 התייעצות אחת לפני ניתוח עם רופא מומחה עד לסך של 930 ₪ .
 - 2.1.10 התייעצות נוספת אצל רופא מומחה לפני ניתוח, או אחריו, עד לסך של 930 ₪.
 - 2.1.11 כיסוי מלא להוצאות בגין תרופות בבי"ח פרטי בעת הניתוח והאשפוז.
 - 2.1.12 כיסוי הוצאות בדיקות אבחון ומעבדה לרבות כל סוגי בדיקות ההדמיה (כגון: US, MRI, CT, CT PET), הנדרשות לפני ניתוח ו/או במהלך ניתוח ו/או כתוצאה מניתוח ו/או באשפוז רצוף שלאחר ניתוח ו/או 5 ימים מתום אשפוז כאמור. מובהר, כי כיסוי כאמור יחול אף אם לאחר הבדיקה כאמור לא בוצע הניתוח ובלבד שהבדיקה בוצעה עקב המלצה לבצע ניתוח כאמור.
 - 2.1.13 כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותרפיים בבי"ח פרטי במקרה ניתוח, עד ל- 300 ₪ ליום למשך תקופת האשפוז ועד 30 יום.

- 2.1.14 כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותרפיים הנדרשים בעקבות ניתוח אורתופדי/ראש/מח עד תקרה של 250 ₪ לכל טיפול אך לא יותר מ- 12 טיפולים במהלך 6 חודשים מיום ביצוע הניתוח.
- 2.1.15 כל הוצאה רפואית ושירות רפואי הקשורים לאשפוז או לניתוח והניתנים במהלכם ובלבד שאינם כלולים בנספח זה ועד לתקרה של 30,000 ₪.
- 2.1.16 אבדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח - המבטח ישלם למבוטח פיצוי חודשי בסך 3460 ₪ במקרה של אבדן מוחלט של כושר העבודה שנגרם למבוטח כתוצאה ישירה ובלעדית מביצוע ניתוח המכוסה על פי נספח זה, זאת לאחר 30 ימי המתנה ולמשך עד 24 חודשים וכל עוד המבוטח נמצא במצב של אי כושר מוחלט לעבודה בעיסוק בו עסק לפני כניסתו לניתוח. סעיף זה לא יחול על מבוטח אשר לא היה כשיר לעבודה מלאה ביום ביצוע הניתוח ו/או 6 חודשים בטרם בוצע הניתוח. הכיסוי יחול על מבוטחים מגיל 21 ועד גיל 67 שנים.
- 2.1.17 מוות כתוצאה מניתוח - במקרה מות המבוטח במהלך ו/או כתוצאה מניתוח המכוסה על פי נספח זה, ובתוך 14 יממות מביצוע הניתוח, ישלם המבטח סכום פיצוי חד פעמי בסך 115,000 ₪. הפיצוי ישולם למוטב שהמבוטח קבע ובאין קביעה כזו ליורשיו החוקיים. הכיסוי יחול למבוטחים מגיל 21 ועד גיל 67 שנים.
- 2.2 סיוע בהשגת קרנית: - במידה והמבוטח יזדקק להשתלת קרנית ובאותה עת יהיה חוסר בקרניות להשתלה, המבטח יסייע למבוטח תוך הפעלת קשריו בארץ ובחו"ל להשגת הקרנית, במסגרת סכום הביטוח המוקנה בביטוח זה לאבזר מושטל.
- 2.3 טיפול רפואי חוזר (ובכלל זאת חוות דעת) אשר נדרש בעקבות מקרה ביטוח יחשב אף הוא למקרה ביטוח.
- 2.4 ביצוע ניתוח במערכת הציבורית -
- 2.4.1 בוצע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו במערכת הציבורית בישראל, תשלם החברה למבוטח פיצוי מיוחד בגובה 1000 ₪ לכל יום אשפוז בבית החולים החל מהיום ה-4 ומקסימום עבור 30 יום.
- 2.4.2 בנוסף לאמור בסעיף 2.4.1, יהא זכאי המבוטח לכיסוי השירותים המפורטים בסעיפים 2.1.4, 2.1.5, 2.1.7, 2.1.8, 2.1.10 ו- 2.1.11, וזאת מבלי לגרוע מזכאותו לפיצוי האמור בסעיף זה. למען הסר ספק, שימוש בכיסויים המפורטים לעיל, כולם או חלקם, לא יחשב כביצוע הניתוח בהשתתפות המבטח.
- 2.5 ביצוע ניתוח במערכת הפרטית - בוצע ניתוח במערכת הפרטית בישראל, ללא השתתפות או בהשתתפות חלקית של המבטח, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי מיוחד בשיעור של 50% מההוצאות שנחסכו למבטח.
- 2.6 ביצוע ניתוח בחו"ל: המבוטח יהא רשאי על פי בחירתו לעבור ניתוח המכוסה על פי ביטוח זה בחו"ל ובלבד שקיבל לכך אישור מראש ע"י המבטח. במידה ויבצע זאת במרכז רפואי המצוי בהסכם עם חברת הביטוח, יעביר המבטח למרכז הרפואי התחייבות לתשלום בגין כל הפרטים המכוסים בפוליסה זו ומפורטים בסעיף 2.1 במידה והניתוח יבוצע במרכז רפואי שאינו בהסכם עם המבטח ו/או הניתוח בוצע ללא אישור מראש של המבטח, יחזיר המבטח למבוטח את הוצאותיו במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג ביום

התשלום, ובהיקף שלא יעלה על הוצאות המבטח אילו בוצע הניתוח במרכז רפואי בחו"ל המצוי בהסכם עם המבטח.

2.6.1 במידה שמדובר בניתוח שנועד להציל חיים/ראיה/שמיעה/איבר ואין אפשרות לבצעו בארץ או שהניסיון הנצבר בחו"ל עולה באופן משמעותי על זה שבארץ, בנוסף לכיסויים שיינתנו בעת אשפוז, ובעת שהייה בחו"ל, יכוסו גם הוצאות טיסה, שהייה, הטסה רפואית והטסת גופה, הכל כמפורט להלן:

2.6.2 הוצאות נסיעה לחו"ל למבטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבטח הנו קטין) בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

2.6.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה – עד \$20,000.

2.6.4 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, למבטח ולמלווה אחד - עד \$200 ליום ועד \$20,000 סה"כ. אם המבטח הנו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים, התקרה תהא בגובה \$300 ליום ועד \$30,000 סה"כ.

2.6.5 הוצאות הטסת גופת המבטח לישראל, אם נפטר(חס וחלילה) כתוצאה מהניתוח או מסיבוכים הקשורים לניתוח – בתיאום מראש עם המבטח.

2.7 טיפול חליפי לניתוח – בקרות מקרה ביטוח יהיה המבטח זכאי לכיסוי טיפול חלופי לניתוח, בהתקיים התנאים הבאים:

2.7.1 ישנה קביעה מאת רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי על מצבו הרפואי של המבטח המחייב את ביצוע הניתוח.

2.7.2 המבטח זכאי לכיסוי בגין הניתוח על פי תנאי הסכם זה.

2.7.3 ישנה המלצה מאת רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי על ביצוע הטיפול הרפואי כתחליף לניתוח.

2.7.4 השיפוי בגין הטיפול החלופי שיבוצע לא יעלה על תקרת הסכום שהיה משולם בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול לו היה מבוצע אצל ספק השירות היקר ביותר שבהסכם עם המבטח.

2.7.5 לא יכוסו במסגרת כיסוי של טיפול חליפי לניתוח: טיפולי פיזיותרפיה ו/או כימותרפיה, טיפולים ניסיוניים, טיפולים הניתנים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, הוצאות רכישת תרופות שלא מסגרת אשפוז.

2.7.6 הכיסוי בגין טיפול חלופי בחו"ל יהא עד תקרת עלות טיפול חלופי שיבוצע בישראל.

במידה ולאחר ביצוע הטיפול החליפי נזקק המבטח לניתוח שבמקומו בוצע הניתוח החלופי, יהיה זכאי המבטח לשיפוי בגין הניתוח על פי הסכם זה בקיזוז הסכום ששולם למבטח בגין הטיפול החלופי. אלא אם כן חלפו יותר מ- 6 חודשים מאז ביצוע הטיפול החלופי ואז ישולם הסכום במלואו ללא קיזוז כלשהו.

2.8 החזר הוצאות החלמה: בוצע במבוטח ניתוח לב או ניתוח מח/ראש או ניתוח גב או השתלת לב, ריאה, כליה, או כבד, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות החלמה ששילם בסמוך לניתוח, (במוסד רפואי המיוחד לצרכי החלמה) בסכום של עד 700 ₪ לכל יום החלמה (עד ארבע עשרה יום), בכפוף להצגת קבלות מקוריות.

בנוסף לאמור בפרק החריגים הכלליים, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח לפי נספח זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

1. הניתוח הוא למטרות יופי ואסתטיקה, (למעט ניתוחים המהווים חלק בלתי נפרד, ונחוץ, של ניתוח המכוסה בפוליסה כגון שיקום פנים לאחר ניתוחים ו/או מקרי טראומה, שיקום ושחזור שד לאחר ניתוח כריתת שד. וכן ניתוח להרמת עפעפיים, במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח).
2. בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופועלות הדמיה כגון: CT ו- MRI אלא אם כן הם נדרשים לצורך הניתוח לפניו ו/או במהלכו ו/או בזמן האשפוז שבא בעקבותיו.
3. ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים.
4. לא ישולם עפ"י נספח זה שכר מילדת ולא ישולם שכר מנתח במקרה של לידה. על אף האמור לעיל, אם בוצע ביולדת ניתוח קיסרי, ובלבד שעלות הניתוח הקיסרי באופן פרטי עולה על \$2000 כאמור בהגדרת הביטוח לעיל, ישלם המבטח את שכר המנתח, חדר לידה, הרדמה ואת עלות האשפוז הנוסף עקב היות הלידה בניתוח קיסרי, בתנאי מפורש כי טרם הצטרפה לביטוח לא עברה ניתוח קיסרי כלשהו.
5. טיפולים שנתנו לפני תחילת הביטוח או אחריו.

נספח ג' - טיפול תרופתי מיוחד

1. הגדרות

<p>תרופה</p>	<p>חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי שנגרם כתוצאה ממחלה או תאונה, מניעת החמרתה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או מניעת הישנותה, ו/או מניעת חזרתה של מחלה. אשר הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כללו ופרסמו אותו ברשימת התרופות המאושרות המתעדכנת מעת לעת.</p>
<p>מדינות מוכרות</p>	<p>ישראל, ארה"ב, אחת ממדינות האיחוד האירופי, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד.</p>
<p>טיפול תרופתי</p>	<p>נטילת תרופה, שנתנה בהמלצת רופא מומחה, באורח חד פעמי או מתמשך.</p>
<p>רופא מומחה</p>	<p>רופא שהוסמך ע"י הרשויות המוסמכות לכך כמומחה בתחום רפואי מסוים</p>
<p>סל הבריאות הממלכתי</p>	<p>מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק בריאות הממלכתי התשנ"ד – 1994, או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חברה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תוכנית השב"ן</p>
<p>מרשם</p>	<p>מסמך רפואי החתום ע"י רופא בית חולים או ע"י רופא מומחה בתחום הרלבנטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר בתחילת הטיפול ומידי 3 חודשים במהלך הטיפול את הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על פי נספח זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.</p>
<p>תרופה חלופית/אלטרנטיבית</p>	<p>תרופה אשר כלולה בסל הבריאות, ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים תרופה אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות משיגה את אותה תוצאה רפואית באותה איכות ובפרק זמן דומה המושג ע"י התרופה נשואת מקרה הביטוח, ובלבד שתרופה חלופית זו אינה כרוכה בתוצאות חמורות יותר למבוטח.</p>
<p>תרופת יתום</p>	<p>תרופה אשר הוכרה ואושרה לשיווק כתרופת יתום (Orphan Drug) ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.</p>

2. מקרה הביטוח -

2.1. הצורך בטיפול בתרופה/ות למטרות ריפוי ו/או מניעת החמרה של מחלה קיימת ו/או מניעת חזרתה של מחלה שנגרמה כתוצאה ממחלה או תאונה ואשר אינה/ן נכללות בסל הבריאות ו/או הכלולה/ות בסל הבריאות אך מאושרת/ות להתווייה שונה מזו לה זקוק המבוטח, ואינה/ן ממומנת/ות באופן מלא ע"י קופ"ח בה חבר המבוטח, אך רשומות ברשימת התרופות המאושרות לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות ובלבד שאין לתרופות אלו תרופות חלופיות הכלולות בסל התרופות, ובתנאי שהמבוטח קיבל המלצה בכתב מרופא מומחה לצורך טיפול במחלתו.

2.2. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

המבטח יכסה בתכנית ביטוח תרופות עפ"י נספח זה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתווייה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

- (1) פרסומי ה- FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א) עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa
 - ב) חוזק הראיות (Strength Of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג) יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa
- (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

2.3. טיפול תרופתי בתרופת יתום אשר אינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי.

2.4. שני רופאים בדרגת מנהל מחלקה ומעלה או דרגה מקבילה בחו"ל, הצהירו בכתב, כי התרופה עשויה להאריך את חיי המבוטח בשנה אחת או יותר.

3. **סכום הביטוח** – הכיסוי הוא עד לתקרה של 1,100,000 ₪. וכולל כיסוי עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות, ולא רק, הזרקת התרופה, מתן עירוי וכדומה, בסכום שלא יעלה על 150 ₪ ליום.

4. **השתתפות עצמית** – על המבוטח תחול השתתפות עצמית בסך 200 ₪ מקסימום למרשם ומקסימום לחודש. לא תחול השתתפות עצמית בגין תרופות שעלותן לחודש עולה על 500 ₪.

המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לנותן השירות אך ורק בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

- בנוסף לאמור בפרק החריגים הכלליים, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
1. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על ידי הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כתרופה להתוויה הנדרשת למבוטח, למעט האמור בסעיף 2 לעיל.
 2. תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
 3. תרופה שמטרתה טיפול קוסמטי ו/או אסתטי.
 4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.
 5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, כגון תרופה שהינה ויטמינים או חיסונים או תרופה לדיאטה או תוספי מזון.
 6. תרופה הנדרשת לטיפול פוריות ו/או עקרות ו/או אין אונות.

נספח ה' – אמבולטורי

בדיקות אבחנתיות

הגדרת "בדיקות רפואיות אבחנתיות" – בדיקות אבחנתיות, כגון בדיקות מעבדה, רנטגן, אק"ג, בדיקות הדמיה, אולטרסאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, בדיקת תהודה מגנטית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

הכיסוי יינתן לבדיקות אשר אינן מאושרות על ידי קופ"ח ו/או זמן ההמתנה לביצוען עולה על 15 יום ו/או בדיקות שרופא מומחה קבע את הצורך המידי בביצוען כתוצאה ממצב בריאותו של המבוטח.

מקרה הביטוח – בדיקה רפואית אבחנתית, כמוגדר לעיל, הנדרשת עקב בעיה רפואית פעילה, אשר תינתן למבוטח שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי במהלך תקופת הביטוח, ובתנאי שרופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע הבדיקה.

התחייבויות המבטח - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות, עד תקרה בסך של 11,000 ₪ למבוטח בשנת ביטוח.

למען הסר ספק, לא יאושרו תביעות בדיעבד כל תביעה חייבת לקבל אישור מראש של המבטח.

חוות דעת שניה בארץ ו/או בחו"ל

מקרה הביטוח – מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית שנייה בכל תחום רפואי ואשר ברשותו חוות דעת רפואית ראשונה של רופא מומחה.

הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות בתחום הרדיולוגי.

חוות דעת רפואית ראשונה הינה דו"ח רפואי מלא, מפורט ומתועד הכולל מסקנת רופא מומחה בתחום הרלבנטי וכן כל מידע רפואי רלבנטי אחר, אם קיים, לרבות צילומי רנטגן, C.T., M.R.I., U.S. בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות, וכיוצא באלה.

למען הסר ספק, מכתב שחרור מבית חולים מהווה חו"ד ראשונה לכל דבר.

חוות דעת רפואית שנייה הינה דו"ח רפואי מלא ומפורט שיימסר למוטב מרופא מומחה, נותן חוות הדעת השנייה. במסגרת חוות הדעת הרפואית השנייה יכללו גם לפי בקשת הזכאי ו/או רופאו, פענוח תצלומי רדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה וכיוצא בזה.

התחייבויות המבטח - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל אך לא יותר מהסכומים להלן:

בחו"ל – שיפוי חד תקרה של \$1500 לכל חו"ד.

בארץ – שיפוי עד תקרה של 1430 ₪ לכל חו"ד.

המבוטח זכאי למקסימום 3 חוות דעת שנייה כמוגדר במקרה הביטוח לעיל, לכל שנת ביטוח.

הגבלת אחריות המבטח:

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על כל פרקי ההסכם ועל כל נספחים, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח ו/א ושיפוי למבוטח במקרים הבאים:

עבור בדיקות אשר אינן עומדות בהגדרת מקרה ביטוח
עבור שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירותים התחייב לתת בעתיד.
בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
בדיקות היריון.
בדיקות שבוצעו לפני כניסתו לתוקף של הסכם זה או לפני הצטרפות המבוטח לביטוח, לפי המאוחר ביניהם ו/או לאחר תום תקופת הביטוח.

נספח אמבולטורי בעת גילוי מחלה קשה

מקרה הביטוח – גילוי אחת המחלות הרשומות להלן אצל המבוטח.

התחייבות המבטח

- א. המבוטח יהיה זכאי לשני ייעוצים אצל רופאים מומחים.
למבוטח יוחזרו הוצאותיו עד לתקרה של 1200 ש"ח לכל שנת ביטוח כנגד קבלות מקוריות.
- ב. בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים ("Oncotest Teva")
לאחר שבדיקה פתולוגית קבעה את ממאירות הגידול (שהוצא מגופו של המבוטח ע"י ביופסיה או בדרך אחרת), נשלח הגידול, על פי המלצת רופאו האישי של המבוטח, לעריכת סדרה של בדיקות, שמטרתיהם מצוינות להלן:
- חיזוי המחלה (רמת האגרסיביות של הגידול).
 - סיכוי הישנות המחלה.
 - סיכוי התפשטות המחלה.
 - קביעת דרכי טיפול במחלה, תוך שימוש בכלי האבחון הבאים, כולם או מקצתם, על מנת לבדוק מה הטיפול האופטימלי לטיפול במחלה, בפני איזה טיפול המחלה עמידה וכיו"ב.
- המבוטח יהיה זכאי להחזר של 80% מההוצאה בפועל אך לא יותר מ- 15,000 ש"ח, בגין ביצוע הבדיקות במסגרת מעבדות "Oncotest Teva".

1. להלן רשימת המחלות הכלולות בנספח זה:

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

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

1.2 אי ספיקת פולמיננטית (Fulminant Hepatic) – אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק מופשט 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 מופשט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית כמוכח בהיסטולוגיה.
3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד – PT או רמות פקטורים 1-5 – 7.
4. צהבת מעמיקה.
5. אנצפלופטיה כבדית.
6. דמום בלתי נשלט.
7. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.

- 1.3 **השתלת כבד** - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת כבד, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או ע"י איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו הכבד.
- 1.4 **מחלת ריאות כרונית** – (Chronic Lung Disease) – מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע ע"י 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.
- 1.5 **עמילואידוזיס ראשונית** (Primary Amyloidosis) – מחלה המאופיינת ע"י שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת ע"י בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה ע"י פנימאי מומחה.
- 1.6 **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.
- 1.7 **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש** (AIDS) – נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוסס, שנגרמה באופן בלעדי ע"י עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.
- 1.8 **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.
- 1.9 **טרשת נפוצה** (Multiple Sclerosis) – דמיאליניזיה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות שישה חודשים. האבחנה תקבע ע"י עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזיה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שידרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע ע"י נוירולוג מומחה.
- 1.10 **תשישות נפש** (Dementia) – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתבונה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה כל פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
- 1.11 **פרקינסון** (Parkinson Disease) – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים,

- ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות 3 חודשים.
- 1.12 **חירשות (Deafness)** – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א"ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 1.13 **עיוורון (Blindness)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.
- 1.14 **פוליו (Poliomyelitis)** (שיתוק ילדים) – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 1.15 **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** – עדות לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע ע"י נירולוג מומחה.
- 1.16 **שיתוק (פרפליגיה, קוודריפליגיה) (Paralysis)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה עקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 1.17 **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמות מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקות CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע ע"י נירולוג מומחה. כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו – בזילרית ו-TIA.
- 1.18 **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:
1. כאבי חזה אופייניים.
 2. שינויים חדשים באק"ג. האופייניים לאוטם.
 3. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכם פתולוגיים.
- למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.
- 1.19 **אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure)** – חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או צורך בהשתלת כליה.
- 1.20 **השתלת איברים (Organ Transplantation)** - לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב – קבלת אישור רשמי של המרכז להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או ע"י איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.

- 1.21 **סרטן (Cancer)** – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. מקרה הביטוח אינו כולל:
1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.
 2. מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה – AJCC לשנת 2002.
 3. מחלות עור מסוג:
 - א. Basal Cell Carcinoma – Hyperkeratosis.
 - ב. II. מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
 4. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה – AIDS.
 5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל – TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל – 6 (כולל).
 6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L).
- 1.22 **השתלת מוח עצם** – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת מוח עצם או תאי אב (STEM CELL) מדם היקפי, או ביצוע ההשתלה בפועל מגוף של תורם עקב מצב רפואי המחייב השתלת מוח עצם או תאי אב.

נספח ז' – כתב שירות ביקורופא

1. כתב שירות ביקור רופא

תמצית כתב השירות:

השירות ניתן על ידי:

נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").

הזכאות לשירות ניתנת:

לכל עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם המבוטחים בהסכם זה (להלן: "המנוי")
באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

השירותים למנוי:

שירותי ביקור רופא מטעם נותן השירות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 25 ₪ מטעם המנוי בכל מקום בו ייצא המנוי למעט יהודה, שומרון (אך לרבות מעלה אדומים)*, כל ימות השנה (למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום).

שירות זה כולל:

1. קבלת אנמנזה רפואית (תולדות מחלה) מהמנוי הזקוק לשירות (להלן: "החולה").
2. בדיקה גופנית של החולה על ידי רופא מטעם נותן השירות במשירים שלהלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון, פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם קרדיו ביפר, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
3. קבלת אבחנה רפואית.
4. מתן תרופות ראשוניות - לפי שיקול דעתו של הרופא.
5. מתן מרשם לתרופות - לפי שיקול דעתו של הרופא.
6. הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה /או רופא ילדים.
7. הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, המתנה עם המנוי ומתן טיפול עד הגיע האמבולנס עם צוות רפואי.
8. מתן תעודת רפואית.

אופן קבלת השירותים:

1. התקשרות המנוי למוקד השירות בטלפון 03-6388400, הזדהות המנוי ובקשה לשליחת רופא תוך ציון כתובת.
2. טווח הגעה משוער של הרופא מרגע הפנייה למוקד:
- בשעות הבוקר (7:00 - 19:00) - עד שלוש שעות.
- בשעות הערב / לילה - (7:00 - 19:00) - עד שעתיים.
3. תשלום ההשתתפות העצמית ע"י המנוי ישירות לרופא נותן השירות כנגד קבלה/חשבונית מס כדין.

תוקף כתב השירות:

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

באילו מקרים אין נותן
השירות אחראי למתן
השירותים:

אם פעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה,
כוח עליון וכיוצא בזה.

אחריות המבטח:

המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל
ההשלכות הנובעות ממנו.

כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן
השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם
למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

מודגש כי האמור לעיל הינו תמצית בלבד של תנאי כתב השירות "ביקור רופא".

רק כתב השירות המלא על כל תנאיו יחייב את המבטח, את נותן השירות ואת המבוטח. כתב
שירות מלא כנ"ל נמצא במשרדי המבטח וניתן לקבלו ע"פ בקשה.

* ברמת הגולן השירות ניתן בקצרון בלבד.

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

נספח ח' - "עזרה" למקרה ניתוח

1. בן משפחה
"בן משפחה" על פי נספח זה הינו מי שקוימו בו כל התנאים שלהלן במאוחד:
 - א. בן משפחה קרוב של המוטב אשר בוטח על פי הפוליסה.
 - ב. אינו קביל על פי הפוליסה מחמת גילו ו/או בגין מצב בריאותו.
 - ג. הביטוח על פי הפוליסה אליה צורף נספח זה הינו בתוקף.בן משפחה קרוב: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.
2. סיוע במציאת ספקי שירותים רפואיים
החברה תקשר את בן המשפחה המעוניין, לנותני שרות המצויים בהסכם עם החברה.
3. זכות שימוש בהסכמי המבטח
כל בן משפחה יהא זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה הבסיסית במחירים מיוחדים על פי ההסכמים של החברה ותוך קיצור התורים.
4. טיפול אדמיניסטרטיבי וכספי
החברה תשלם ישירות לנותן השרות הנמצא בהסכם עמו, או לבן המשפחה ו/או למוטב כאשר ביצע פעולה ע"י נותן שירות אחר, בגובה הסכום המשולם לנותני שירות שבהסכם. התשלום יבוצע כנגד תשלום במזומן.
5. החזר הוצאות
למוטב ו/או לבן המשפחה נשמרת הזכות לפנות לקופת החולים בה הוא חבר, או לכל גורם אחר, לקבלת השתתפותם בהוצאות הרפואיות ששולמו על פי הסדר זה.

נספח ט' - ביטוח סיעודי נספח זה יהיה בתוקף עד 31.12.2013

מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח יוגדר כאחד משני האירועים הבאים:

א. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או שתיים מהן כשאחת מהן היא אי שליטה על סוגרים:

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

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

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

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

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

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

ב. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

היקף הכיסוי:

1. תשישות נפש כהגדרה לעיל – 100% מסכום הביטוח.
2. מבוטח שאינו יכול לבצע לפחות 3 מתוך 6 הפעולות – 100% מסכום הביטוח.
3. מבוטח שאינו יכול לבצע 2 מתוך 6 הפעולות ואחת מהן היא חוסר שליטה על הסוגרים – 100% מסכום הביטוח.

סכום הביטוח: לאחר 90 ימי המתנה תינתן גמלא של 3,625 ₪ למשך 36 חודש. ניתן להגדיל, באופן וולונטרי, את סכום ומשך הפיצוי כלהלן:

1. הארכת תקופת תשלום הגמלה בסך של 3,625 ₪ למשך 60 חודשים.
2. הגדלת סכום הגמלה לסך של 7,190 ₪ למשך 36 חודשים.

3. הגדלת סכום הגמלה לסך של 7,190 ₪ והארכתה למשך 60 חודשים.
 4. הארכת תקופת תשלום הגמלה בסך של 3,625 ₪ והארכתה לכל החיים - למבוטחים מעל גיל 18
 5. הגדלת סכום הגמלה לסך של 7,190 ₪ והארכתה לכל החיים - למבוטחים מעל גיל 18
- ההגדלה מותנית במילוי הצהרת בריאות ותהליך חיתום של המבטח.
תוספת דמי הביטוח בגין הרחבת הכיסוי הסיעודי הינה כמפורט בסעיף 5 בהסכם זה לעיל.

שחרור מתשלום פרמיה: המבוטח יהיה משוחרר מתשלום פרמיות בגין פוליסה זו במהלך תקופת תשלום תגמולי הביטוח.

הפסקת תשלומים כתוצאה משיפור במצב המבוטח – מבוטח שהופסק תשלום הפיצוי בגינו עקב שיפור במצבו ויציאתו מהמצב הסיעודי ובתוך ששה חודשים ממועד הפסקת התשלומים חזר המבוטח למצב סיעודי, יחודשו תשלומי הפיצוי החודשי ללא צורך בתקופת המתנה. אם עברו למעלה מ- 6 חודשים מהפסקת תגמולי הסיעוד והמבוטח חזר למצב של זכאות, יחודשו תגמולי הסיעוד על פי סעיף 2 לעיל, לאחר תקופת ההמתנה.

פיצוי בדיעבד (פרנצ'יזה): לאחר תום תקופת ההמתנה ישלם המבטח למבוטח פיצוי חודשי רטרואקטיבי החל מהחודש השני לקרות מקרה הביטוח בחודשים הרביעי והחמישי.

כיסוי להוצאות שיקום: מבוטח שיהיה במצב מזכה, יהיה זכאי להחזר של עד 80% מההוצאות בפועל בגין שיקום לתקופה שלא תעלה על 6 חודשים מיום קרות מקרה הביטוח ועד לתקרה של 33,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. הוצאות בגין שיקום יכללו טיפולים רפואיים ו/או שיקומיים אשר יש בהם, על פי חוות דעת רופא שיקומי או רופא גריאטרי, כדי לסייע למבוטח לשוב ולתפקד כעצמאי. מובהר בזאת כי השיפוי הנ"ל לא יקוזז מן התגמול הביטוחי.

תביעה ותשלומי המבטח:

- 1 בעל הפוליסה או המבוטח או בא כוחו, חייב למסור למבטחת הודעה בכתב על הליקוי שגרם לצורך הסיעודי סמוך ככל האפשר למועד קרות מקרה הביטוח.
- 2 עם קבלת הודעה כאמור על ידי המבוטח, תעביר המבטחת למודיע את הטפסים הדרושים למילוי כתב התביעה ולמילוי הדוח של הרופא המטפל במבוטח. טפסים אלו, לאחר שימולאו כנדרש יש להחזיר למבטחת תוך חודש ממועד קבלתם. בעל הפוליסה או המבוטח יהיה חייב להמציא למבטחת את כל המסמכים הרלבנטיים האחרים הדרושים למבטחת באופן סביר לשם בירור מקרה התביעה. כן תהיה המבטחת רשאית לנהל כל חקירה ולהעמיד את המבוטח לבדיקה על ידי רופא/ה או אחות/ות או מרפא/ה בעיסוק מטעמה. חובות בעל הפוליסה והמבוטח זכויות המבטחת כאמור לעיל בסעיף קטן זה יעמדו בתוקפן הן לפני אישור התביעה והן במשך כל תקופת תשלום גמלת הסיעוד.
- 3 לאחר קבלת מלוא המסמכים הדרושים למבטחת לבירור חבותה עפ"י פרק זה, תקבל המבטחת תוך 30 יום החלטה בדבר תשלום גמלת הסיעוד למבוטח ותודיע על כך לבעל הפוליסה או למבוטח. אם החלטה היא חיובית, תשלם המבטחת

את התשלומים כאמור החל מתום תקופת ההמתנה. גמלת הסיעוד תשולם למבוטח או לאפוטרופוס שמונה לו כדין.

במות המבוטח חייב בעל הפוליסה או בא כוח המבוטח או יורשיו עפ"י הדין להודיע על כך למבטחת.

4

תשלומי תגמולי הביטוח לפי נספח זה מותנים בקיום תנאי סעיף זה על ידי המבוטח ועל ידי כל אדם שחייב לעשות כל פעולה על פי סעיף זה.

5

חבות המבוטח מחוץ לגבולות המדינה מוגבלת ל- 90 יום אלא אם כן השהות היא לצורך טיפול רפואי ו/או במקרה שהמבוטח נתן את הסכמתו לכך מראש. בכל מקרה עם שובו של המבוטח מחו"ל יימשכו תשלומי גמלת הסיעוד בהתאם להוראות הפוליסה.

ההגדרות של מקרה הביטוח בביטוח סיעודי נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2003/9 'הגדרות של מקרה הביטוח בביטוח סיעודי'."

איסור התניה על כיסוי לביטוח סיעודי

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

נספח י' - תקנות המפקח על הביטוח החלות על הסכם זה

1. צירוף מבוטח

- (א) מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד;
- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- (ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- (1) הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.
- (ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

2. מתן מסמכים למבוטח

- (1) 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; בתקנה זו, "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- (2) חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- (3) נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

3. מתן הודעות למבטוח

- (א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטוח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה; "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטוח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- (ב) חלה על מבטוח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטוח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למבטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

4. ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטוח כאמור בסעיף 2 לעיל, והודיע המבטוח למבטוח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

5. תקופת הביטוח

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4 להסכם וכמפורט בסעיף 1 לנספח זה לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטוח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלה.

6. כפל ביטוח

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