



**ביטוח בריאות קבוצתי
לחברי ארגון הסגל האקדמי הבכיר
של אוניברסיטת בן גוריון בנגב**

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
Ben-Gurion University of the Negev 

לקוחות הפניקס מרוויחים יותר, **תבדקו שיש לכם הפניקס.**
הפניקס חברה לביטוח בע"מ

לחברי/ות הסגל האקדמי הבכיר,

אני שמח להציג בפניכם את פוליסת ביטוח הבריאות החדשה של חברי הסגל האקדמי הבכיר ובני משפחותיהם.

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

הפוליסה החדשה שהחלה ב- 1.1.20, מקנה לחבר ולבני משפחתו הכלולים בביטוח, כיסוי ביטוחי רחב ומקיף למקרים רפואיים שונים כגון: ניתוחים בארץ ובחו"ל, השתלות, וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שמחוץ לסל הבריאות ועוד מגוון רחב של שירותים רפואיים המפורטים בחוברת זו.

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 "הפניקס"

ניתן לפנות לאפרת או נגה במזכירות וועד הסגל האקדמי בטלפון: 08-6461049

ובמייל: segelacad@bgu.ac.il

שרית בר גיורא יועצת הביטוח של הארגון – בנושאים מקצועיים כגון מה הזכויות וכיצד להגיש תביעה לחברת הביטוח, תלונה על טיפול שקיבלתם במהלך הגשת תביעה ועוד.

sarit@ogen.co.il

מוקד הלקוחות של חברת "הפניקס" - בנושא הכיסויים הניתנים במסגרת הפוליסה,

מצב טיפול בתביעה שהוגשה וכדומה בטלפון מספר 03-7332222 או 1355*

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 עניינים

3	גילוי נאות
16	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
	פרקי הפוליסה:
34	פרק א' - השתלות ו /או טיפולים מיוחדים בחו"ל
39	פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
	פרק ג' – ניתוחים:
42	מסלול 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל
46	מסלול 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
52	פרק ד' – ניתוחים בחו"ל
54	פרק ה' – שירותים אמבולטוריים בישראל
56	פרק ו' - התייעצות במקרה של מחלה קשה
59	דף רשימה

תמצית תנאי הביטוח – ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון - אגודה עותמאנית 7867/573
סוג הביטוח	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית ניתוחים בחו"ל שירותים אמבולטוריים בישראל התייעצות במקרה של מחלה קשה
תקופת הביטוח	1.1.2020 – 31.12.2024 (סעיף 7.1)
תיאור הביטוח	פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק ג' - ניתוחים בארץ: מסלול 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪ מסלול 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪ פרק ד' - ניתוחים בחו"ל פרק ה' - שירותים אמבולטוריים בישראל פרק ו' - התייעצות במקרה של מחלה קשה

תמצית פרטי הפוליסה			
כמפורט בס' 9, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלות (ס' 8), תרופות (ס' 4), ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 5), ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 5), שירותים אמבולטוריים (ס' 3), התייעצות במקרה של מחלה קשה (ס' 2).			הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק השתלות (ר' סע' 3.4, 4.13, 6.1 ו-6.2) פרק ניתוחים בחו"ל (ר' סע' 2.6)			גובה הפיצוי הכספי שאקבל
קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			השתתפות עצמית
שם הכיסוי	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל		+	
תרופות		+	
ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	+		
ניתוחים בחו"ל		+	
שירותים אמבולטוריים בישראל		+	
התייעצות במקרה של מחלה קשה		+	

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

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח	המבוטח (גילאים)	פרמיה חודשית למסלול השתתפות עצמית של 3,000 ₪	פרמיה חודשית למסלול ניתוחים שב"ן עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪
	0-26 (ילד/נכד*)	30.00 ₪	27.00 ₪
	27-69	89.00 ₪	87.00 ₪
	+70	255.00 ₪	250.00 ₪
*ילד שלישי ואילך חינם. **כל הנכדים משלמים הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 12427 נק' שפורסם ביום 15.12.2019 וכן בכפוף לסעיף התאמת הפרמיה המפורט בסעיף 15 לפוליסה ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- כנס למחשבון מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.			

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
השתלות איברים שנלקחו מגופו של אדם	ס' 3.1: השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. עד 5,500,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם.	60 יום
השתלות איברים שנלקחו מבעלי חיים	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח והשתלת איבר אשר נלקחו מבעל חיים	עד 1,000,000 ₪ אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימלי המקובל לאותו סוג השתלה במידה בה מתבצעת ההשתלה.	60 יום
טיפול מיוחד בחו"ל	ס' 3.3: ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות מהתנאים המפורטים בס' 1.2	עד 1,000,000 ₪.	60 יום
פיצוי חד פעמי על אי תביעה או המצאת מימון חלקי	ס' 3.4: ללא השתתפות החברה במימון, ישולם פיצוי של 50,000 ₪. במקרה של מימון חלקי של קופ"ח ישולם פיצוי בסך 25,000 ₪.	-	60 יום
הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז	ס' 4.1: טיפול רפואי בחו"ל שניתן במהלך האשפוז, הכולל שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.	-	60 יום
הוצאות אשפוז בחו"ל	ס' 4.3: הוצאות עבור 180 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; 300 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	-	60 יום

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל	ס' 4.4: כיסוי מלא במקרה שידרש המבוטח לבצע הבדיקות כולל טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.	-	60 יום
הוצאות איתור איבר להשתלה	ס' 4.5: הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל, רישום, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו לשם ההשתלה.	עד 200,000 ₪.	60 יום
הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר אשפוז	ס' 4.6: הוצאות הנובעות מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.	עד 100,000 ₪ להשתלה או עד 50,000 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל לפי המקרה.	60 יום
הוצאות נסיעה לחו"ל	ס' 4.7: הוצאות הכוללות היטל נסיעה למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין	-	60 יום
הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית	ס' 4.8: הוצאות הטסה למבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגיל	עד 150,000 ₪.	60 יום
הוצאות שהייה סבירות בחו"ל	ס' 4.9: הוצאות שהייה ליום ליחיד ולמלווה או לקטין ולמלווים בעת השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל.	עד 800 ₪ ליום ליחיד, ו- 1,200 ₪ לשניים ליום ועד 100,000 ₪ לקטין-עד 1,500 ₪ ליום ועד 150,000 ₪	60 יום
הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל	ס' 4.10: הטסת גופת המבוטח אם המבוטח נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל.	ללא תקרה.	60 יום
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	ס' 4.11: הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל במקרה ולא ניתן להטיס המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.	100,000 ₪ למקרה ביטוח.	60 יום

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות שימוש/ השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה	ס' 4.12	1,000,000 ₪.	60 יום
גמלה חודשית עבור השתלה אשר בוצעה בחו"ל	ס' 4.13: גמלה שתשולם למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודשים.	5,000 ₪ או 3,000 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמית.	60 יום
פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח	ס' 6.1: במקרה בו בחר המבוטח לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי של 250,000 ₪.	-	60 יום
פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה- כיסוי ביטוחי למחלה קשה	ס' 6.2: במקרה שהוגשה תביעה בגין הצורך הרפואי בטרם ביצוע ההשתלה, ישולם פיצוי חד פעמי של 250,000 ₪.	-	60 יום

פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
תרופות	התרופות הנכללות בס' 1.1: 1. תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת האחת מהמדינות המפורטות בסעיף 1.1.1 לפוליסה. 2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואשר לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 1.1.2 לפוליסה. 3. המוגדרת כ- OFF LABEL. 4. טיפול תרופתי בתרופת יתום. 5. תרופה באמצעות טופס 29 ג'.	2,000,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח. בגין טיפול תרופתי בתרופת יתום עד 250,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.	60 יום	200 ₪ למרשם לחודש ועד 400 ₪ לכלל המרשמים לחודש.
שירותי טיפול נלווה למתן תרופה	סעיף 2.6: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.	עד 150 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח.	60 יום	-

**פרק ג' 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם
וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪ לכל סוג ניתוח**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: 3: התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד סכום השיפוי המרבי (800 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום-ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה **אחידה** לביטוח ניתוחים.

כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.

**פרק ג' 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם
וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪ לכל סוג ניתוח**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא/מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (800 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד;	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום- ניתוח). הכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המירבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה **אחידה** לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח.

למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

פרק ד' - ניתוחים בחו"ל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ניתוח בחו"ל	סעיף 2	תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 2: באמצעות נותן שירותים שבהסכם: לא תחול תקרת סכום שיפוי. באמצעות נותן שירותים שלא בהסכם: ניתוח בחו"ל - 200% (או 300% במקרה של ניתוח לסילוק גידול) מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל ובנוסף השיפוי כפוף ל תתי התקרות השיפוי המפורטות מטה.		
מנתח/מרדים	ס' 2.1	-	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	-
הוצאות בית חולים בחו"ל	ס' 2.2	אשפוז עד 30 יום.	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	-
הוצאות טיסה ושהייה	ס' 2.3: הוצאות טיסה לחו"ל במחיר כרטיס של מחלקת תיירות רגילה למבוטח ומלווה אחד (אם המבוטח קטין- כיסוי מלא ל 2 מלווים). הוצאות שהייה ליום למבוטח ולמלווה או לקטין ול 2 מלווים	לשהייה - עד 500 ₪ ליום למבוטח ו- 750 ₪ למלווה . למבוטח קטין כולל עד 2 מלווים – עד 1,000 ₪ ליום לתקופה מרבית של 30 יום.	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	-
הטסה רפואית	ס' 2.4: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל.	עד 80,000 ₪ להטסה אחת.	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
כיסוי להוצאות הטסת גופה	ס' 2.5: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל תוך 7 ימים מיום שהותו מבית החולים בחו"ל.	-	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	-
פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול	ס' 2.6: יינתן פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ₪ אם משך האשפוז בחו"ל יעלה על 10 ימים רצופים.	-	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	-
שיפוי לאחר אשפוז ממושך	ס' 2.7: מעל 10 ימי אשפוז בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח ל: ריפוי בעיסוק, ייעוץ דיאטטי, שיקום כושר הדיבור, טיפולים פיזיותראפיים.	עד 7,000 ₪ עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש.	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	20%

פרק ה' - שירותים אמבולטוריים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
בדיקות רפואיות אבחנתיות	ס' 2.1: השתתפות בבדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, טומוגרפיה ממוחשבת, בדיקת טומוגרפיה וכל בדיקה אחרת הנדרשת עפ"י אמות מידה רפואית מקובלת לאבחון מחלת המבוטח או לקביעת דרכי טיפול.	עד 11,000 ₪ לשנת ביטוח.	60 יום	20%
בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים	ס' 2.2: מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "oncotest".	עד 15,000 ₪ למקרה ביטוח.	60 יום	20%
חוות דעת רפואית שנייה בארץ ו/או חו"ל	ס' 2.3: החזר עלויות של חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל.	עד 3,000 ₪ לחוות דעת אחת בחו"ל ועד 1,430 ₪ לחוות דעת אחת בארץ.	60 יום	-
ימי החלמה	ס' 2.4: החזר עקב ניתוח לב או מח או בעמוד שדרה או החלפת מפרק או הסרת גידול ממאיר שבעקבותיו היה המבוטח מאושפז למעלה מ- 7 ימים	600 ₪ לכל יום החלמה ועד 8 ימים בבית החלמה מוכר ושהשהייה נעשתה עד 90 יום מתום האירוע.	60 יום	-

פרק ו' - התייעצות במקרה של מחלה קשה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה במקרה של מחלה קשה	התייעצות עם רופא מומחה בעת גילוי אחת המחלות ו/או הארועים קשה/ים במפורט בפרק.	עד לתקרת בסך 1,200 ₪ להתייעצות ועד 2 התייעצויות בשנת ביטוח.	90 יום

- תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח- יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.
- המבוטח זכאי לקבל מאת הפניקס פירוט תגמולי הביטוח באמצעות המוקד הטלפוני *3455 או 03-7332222 או באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון ובני משפחותיהם

פרק תנאים כלליים

1. **מבוא:**
תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בכל אחד מפרקי פוליסה זו, בתנאיה סייגיה וחריגיה.
השימוש בלשון זכר בפוליסה זו מתייחס גם ללשון נקבה, אלא אם כן צוין אחרת.
2. **הגדרות:**
בכל הנוגע לפרק- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- (ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל/ ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), תגברנה ההגדרות הקבועות בפרק זה על ההגדרות בפרק התנאים הכלליים.
 - 2.1 **הפוליסה:** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה בעבור המבוטחים לבין החברה וכל נספח או תוספת, לרבות כתב שירות, המצורפים לו. הפוליסה כוללת את הפרקים הבאים:
פרק א'- השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
פרק ב'- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
פרק ג'- ניתוחים בארץ:
מסלול 1- ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל
עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪
מסלול 2- ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪ פרק ד'- ניתוחים בחו"ל
פרק ה'- שירותים רפואיים אמבולטוריים בישראל
פרק ו'-התייעצות במקרה של מחלה קשה
 - 2.2 **המבטח:** הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה" / "המבטח")
 - 2.3 **בעל הפוליסה:** מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבוטחים והנזן:
תאגיד לגבי חבריו ובני משפחתם - **ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון - אגודה עותמאנית 7867/573 (מס אגודה 589705730).**
 - 2.4 **המבוטח:** חברי סגל אקדמי בכיר של אוניברסיטת בן גוריון. ובני משפחתם.
 - 2.5 **עובד/חבר קיים:** מי שהנו חבר ו/או עובד המועסק אצל בעל הפוליסה ביום תחילת תקופת הביטוח ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאי הפוליסה ונכלל בהסכם הביטוח הקודם .
 - 2.6 **עובד/חבר חדש:** עובד/חבר חדש אצל בעל הפוליסה_שלא היה חבר בבעל הפוליסה

במועד הקובע ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

יובהר כי השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של מבוטח מרשימת המבוטחים, מקום בו המבוטח ביקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, לא יגרע מרשימת המבוטחים והכל בתנאי שצירופו יעשה בהתאם לתנאי הפוליסה. במקרה כאמור, המבוטח או בעל הפוליסה יציגו למבטח טופס הצטרפות לביטוח ומסמכים הרלוונטיים לניכוי דמי ביטוח משכרו של המבוטח, ככל שבוצע הניכוי באמצעות שכר

2.7 **מבוטח חוזר:** מי שהיה מבוטח במועד הקובע אצל בעל הפוליסה מכח ההסכם הקודם / מי שהיה מבוטח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח או מכל סיבה אחרת וקעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.

2.8 **עובד: מי שהנו עובד המועסק אצל בעל הפוליסה** ביום תחילת תקופת הביטוח ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאי הפוליסה המפורטים לעיל עובד קיים או חדש, כהגדרתם לעיל

2.9 **חבר: מי שהנו רשום אצל בעל הפוליסה כנמנה על חברה** ביום תחילת תקופת הביטוח ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאי הפוליסה חבר קיים או חדש, כהגדרתם לעיל

2.10 **ילד:** ילד/נכד של עובד/חבר המבוטח או בן/בת זוגו של עובד/חבר המבוטח אשר טרם מלאו לו 26 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/חבר כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדרו/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/להם 26 שנה.**

2.11 **ילד בוגר:** ילד של עובד המבוטח או בן/בת זוג של המבוטח אשר מלאו לו 26 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/חבר כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדרו/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/להם 26 שנה.**

2.12 **תינוק:** ילד שנולד במהלך תקופת הביטוח להורים, יהיה מבוטח בתנאי שצורף לביטוח בכפוף לבקשה בכתב למבטח לצירופו ויתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי פוליסה זו ומכל מקום לא לפני מועד קבלת הבקשה כאמור.

2.13 **בן זוג:** בן/בת זוג של עובד/חבר קיים /חדש, לרבות ידוע בציבור (בכפוף לתצהיר העובד בכתב בדבר היותו ידוע בציבור), בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

2.14 **בן משפחה:** בן זוג של מבוטח /ילד של מבוטח גם אם העובד אינו מבוטח וכן בן משפחה של עובד שנפטר.

2.15 **הסכם ביטוח קודם:** הכיסוי הביטוחי שהיה כלול בפוליסה קבוצתית שתוקפה פג ביום היכנס פוליסה זו לתוקף בחברת הביטוח כלל.

2.16 **כיסוי ביטוחי חדש:** הכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסה זו ומפורט לפי הפרקים הכלולים

בפוליסה זו ויכנס לתוקפו החל מיום 01/01/2020 .

- 2.17 **דף הרשימה:** דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה (הכולל, בין השאר, את תאריך תחילת הביטוח, המבוטחים בפוליסה, שיעור הפרמיה וכיו"ב).
- 2.18 **מועד תחילת הביטוח:** לגבי עובדים/חברים קיימים – המועד הקובע. לגבי מבוטחים חדשים – מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו, או תאריך חידוש פוליסה זו, אם בוטלה, לפי המאוחר מביניהם.
- 2.19 **המועד הקובע:** 01/01/2020
- 2.20 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח כאמור בדף הרשימה.
- 2.21 **תקופת אכשרה :** תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבוטח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח המקורי של אותו מבוטח או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי שיצורף לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבוטח) ואשר מסתיימת בתום התקופה הנקובה בפרקים או הסעיפים הרלוונטיים בפוליסה זו, לפי העניין, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק או סעיף, לפי העניין. **החברה לא תהיה אחראית לתשלום על-פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע בתקופת האכשרה. מקרה ביטוח אשר ארע בתקופת אכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תקופת הביטוח ושאינו מכוסה.**
- 2.22 **תקופת המתנה :** תקופה רצופה, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה, הנקובה בפרקים הרלוונטיים בפוליסה זו ואשר **במהלכה לא תהא על המבוטח חובה לשלם תגמולי ביטוח**, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.
- 2.23 **סכום הביטוח:** הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד, או הסכום המצטבר בגין מקרי הביטוח, כמצוין בכל פרק ופרק או סעיף וסעיף בפוליסה זו, לפי העניין.
- 2.24 **מדד:** מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.25 **המדד היסודי:** המדד שפורסם ביום 15.12.2019 לפי 12427 נק'.
- 2.26 **הפרמיה:** דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.
- 2.27 **דולר:** דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- 2.28 **גיל ביטוחי :** גיל המבוטח כשהוא מעוגל לשנים שלמות. עיגול חלקי השנה יחושב באופן הבא: אם מיום השנה לביטוח (המחושב בתום כל שנה קלנדארית ממועד תחילת הביטוח) ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו פחות מששה חודשים (כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מעלה ואם מיום השנה לביטוח ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו למעלה מששה חודשים (לא כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מטה. גיל המבוטח בתכנית ביטוח, לצורך קביעת זכויותיו בתכנית, בשנה האחרונה של תקופת

הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.

- 2.29 **תאריך לידה** : תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
- 2.30 **חוק חוזה הביטוח** : חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקונו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 2.31 **ישראל** : מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.
- 2.32 **חנ"ל** : כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.
- 2.33 **כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגריגוריאני.**
- 2.34 **השתתפות עצמית**: חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבטח הינם בעבור הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה.
- הגדרות ומינוחים רפואיים-**
- 2.35 **בית חולים ציבורי** : מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.
- 2.36 **בית חולים פרטי** : מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ואינו בית חולים ציבורי, שבמסגרתו ניתן לקבל שירותי רפואה פרטיים, ואשר אושר על ידי רשות מוסמכת כדן, וכן מסלולי שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים.
- 2.37 **בית חולים שבהסכם** : מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהמוסדות המוסמכים במקום בו הוא פועל, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על-פי הפוליסה ואשר לחברה הסכם התקשרות עמו.
- 2.38 **אשפוז**: שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, ולמעט שהייה במחלקת שיקום של בית חולים ציבורי או פרטי או בבית חולים שיקומי.
- 2.39 **יום אשפוז** : אשפוז למשך יממה (24 שעות) ברציפות.
- 2.40 **יועץ**: יועץ אשר נבחר על ידי בעל הפוליסה ליווי וייעוץ לבעל הפוליסה ולמבוטחים, חברת "ווי.די.בי יועצים בע"מ".
- 2.41 **רופא מנתח**: רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה מנתח.
- 2.42 **רופא מרדים**: רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 2.43 **מנתח/מרדים שבהסכם**: מנתח/מרדים אשר הסכים לקבל שירות מאת החברה שכן שהוסכם עמו עבור ניתוח ו/או הרדמה שביצע במבוטח, כשהוא מאושפז במסגרת בית חולים פרטי.

- מנתח/מרדים אחר :** מנתח/מרדים אשר תמורת ניתוח ו/או הרדמה במבוטח יחייב את המבוטח בתשלום ישירות ולא באמצעות החברה.
- 2.44 **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי
- 2.45 **נותן שירותים שבהסכם:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר עימו קשור או יתקשר המבוטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבוטח במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה ונספחיה.
- 2.46 **נותן שירותים שאינו בהסכם/אחר:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר אשר איננו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.
- 2.47 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדיריתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חדיריות, לאבחון ו/או לטיפול ו/או מניעה, כגון: ביופסיות ו/או הראית אברים פנימיים למיניהן, פעולות אנדוסקופיות, צנתור, אנגיוגרפיה וכך ריסוק אבני כליה או מרה. **ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20 / 2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**
- 2.48 **ניתוח אלקטיבי :** ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח ע"י רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים). **במקרה שההפניה לניתוח הייתה דרך חדר מיון אך בוצעה לאחר 48 שעות ומעלה ממועד הכניסה לידר המיון – ייחשב הניתוח כניתוח אלקטיבי.**
- 2.49 **ניתוח חירום :** ניתוח פתאומי ובלתי צפוי, שבוצע מיידית במבוטח, שאושפז ישירות לאחר ביקור בחדר מיון של בית החולים.
- 2.54 **ניתוח גדול:** ניתוח הכולל פתיחת בית החזה או ניתוח מח או ניתוח גב או ניתוח אשר המבוטח שהה באשפוז לפחות 8 ימים לאחר הניתוח.
- 2.50 **מצב רפואי קודם :** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד תחילת הביטוח המקורי של אותו המבוטח.
- 2.51 **סייג של מצב רפואי קודם:** סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבוטח מחבותו או המפחית את חבות המבוטח או את היקף הכיסוי בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממש לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.52 **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי. קופות החולים שהוכרו על ידי שר הבריאות.
- 2.53 **תכנית שב"ו/ שירותי בריאות נוספים (שב"ן):** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

- 2.54 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 2.55 **סל הבריאות הממלכתי:** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה.
- 2.56 **בית מרקחת:** מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").
- 2.57 **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 2.58 **מרשם:** מסמך רפואי חתום ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. **למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**
- 2.59 **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 2.60 **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.
- 2.61 **תרופת יתום:** תרופה אשר אושרה ו\או הוכרה כתרופת יתום לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 2.62 קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה- FDA האמריקאי לגבי ארה"ב ועל ידי ועדת מוצרים יתומים Committee for Orphan Medicinal Products (COMP) מטעם ה- EMEA לגבי מדינות האיחוד האירופאי.
- 2.63 **שתל:** כל אבזר, 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, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בפרק השתלות בפוליסה).
3. **הצהרת בעל הפוליסה:**
בעל הפוליסה מצהיר, כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
4. **אופן הצטרפות לביטוח מבוטחים קיימים-**
4.1 מבוטחים קיימים יועברו מהפוליסה הקיימת לפוליסה החדשה ללא חיתום רפואי מחדש וללא מניין מחדש של תקופות אכשרה (רצף ביטוחי) ולשם בדיקת חריג מצב רפואי קודם ייחשב מועד ההצטרפות לפוליסה זו כמועד ההצטרפות לפוליסה הקודמת. **כמו כן- מבוטחים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם סייג למצב רפואי קודם יועברו באותם תנאים והסייג הרפואי/ מגבלה ימשיכו גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה.**

4.2

מבוטחים חדשים:

החל מהמועד הקובע מבוטחים חדשים יצורפו לביטוח, לפי המועד המאוחר מבין המועדים הבאים:

- (1) במקרה בו חלות הוראות סעיף 4.3 לפוליסה, היום בו הביע המבוטח החדש את רצונו בכתב להצטרף לביטוח בהתאם לסעיף 4.3;
- (2) היום בו ננקב שמו של המבוטח החדש ברשימת המבוטחים שהועברה על ידי בעל הפוליסה למבטח;
- (3) הראשון בחודש לחדש העוקב למועד בו ניתן הסכימה החברה לקבל את המבוטח החדש לביטוח, במקרה שנדרש המבוטח למילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות פוליסה זו;
- (4) היום בו התקבל אמצעי תשלום תקף שניתן לגבות ממנו לתשלום הפרמיה הראשונה;

4.3

מוטלת על מבוטח לפי תנאי הפוליסה חובה אחת מאלה:

- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;
- לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, , ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי בפוליסה ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

4.4

סעיף 4.3 לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה; (2) חידוש הפוליסה 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 מחדשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

4.5

מבטח חוזר -

מבטח חוזר אשר ביטל את הפוליסה באופן יזום יצטרף מחדש לביטוח רק בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות הכוללת הצהרת בריאות חדשה, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה. מובהר כי מבטח אשר ביקש בעבר להצטרף לביטוח ועבר תהליך חיתום ולא הצטרף בסוף ייחשב כמבטח חוזר.

4.6

הצטרפות עובד ובני משפחתו:**4.6.1 עובדים/חברים חדשים:**

עובד/חבר חדש יצטרף לביטוח החל ממועד תחילת עבודתו/חברותו אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי בכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופת האכשרה, וזאת אם יצטרף לביטוח במהלך 90 הימים הראשונים לאחר מועד תחילת עבודתו/חברותו.

לאחר 90 יום ממועד תחילת עבודתו/חברותו אצל בעל הפוליסה, תותנה הצטרפותו לביטוח, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח.

4.6.2 הצטרפות בני המשפחה של עובדים/חברים חדשים -

המשפחה לביטוח יהא בכפוף למילוי טופס הצטרפות וללא ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי אך בכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופת האכשרה,

וזאת אם יצטרף לביטוח במהלך 90 הימים הראשונים לאחר מועד תחילת עבודתו/חברותו.

4.6.3. עובדים/חברים קיימים עד גיל 69:

עובד/חבר קיים יצטרף לביטוח החל ממועד תחילת ההסכם, לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח. מובהר כי הצטרפות בני המשפחה קיימים של עובדים קיימים לביטוח יהא בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח.

4.7 תינוק שנולד -

תינוק שייוולד למבוטחים קיימים, לפי הגדרתו לעיל, יצורף לביטוח החל ממועד לידתו יהא מבוטח באותו הכיסוי בו היו הוריו מבוטחים (או הורה אחד מבוטח במשפחה חד הורית) וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות וללא צורך בחיתום רפואי וזאת אם יצטרף לביטוח במהלך 120 הימים הראשונים מיום לידתו. לאחר 120 יום מיום לידתו, תותנה הצטרפותו לביטוח, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח.

4.8 בן/בת זוג שנישא -

בן זוג חדש יוכל להצטרף לפוליסת הבריאות בכפוף לחריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי וזאת אם יצטרף לביטוח במהלך 120 הימים הראשונים מיום הנישואים. לאחר 120 יום מיום הנישואין, תותנה הצטרפותו לביטוח, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח.

4.9 רצף ביטוחי בתקופת ההצטרפות ללא הצהרת בריאות:

מבוטח שהיה מבוטח בפוליסה לביטוח רפואי פרטית או קבוצתית או בהסכם קבוצתי קודם, וזו הייתה בתוקף ערב מועד הצטרפותו להסכם זה ויעבור לביטוח על פי הסכם זה, בתקופה שבה אינו נדרש למלא הצהרת בריאות, יהיה זכאי לרצף ביטוחי מלא. רצף ביטוחי מלא משמעותו העדר מניין מחדש של תקופת אכשרה, ולצורך סייג מצב רפואי קודם ייחשב מועד ההצטרפות לפוליסה הקודמת כמועד ההצטרפות להסכם זה. רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויים וסכומים שהיו קיימים בביטוח הקודם וקיימים גם בהסכם זה.

יובהר כי החרגות באם היו למבוטח בביטוח הקודם יהיו בתוקף גם בפוליסה זו.

5. מתן מסמכים למבוטח:

המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה וטופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזר עליהם המפקח על הביטוח; על אף האמור, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח תקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

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

5.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.

6. מתן הודעות למבוטח:

6.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי ; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בסעיף 8.1.4 להלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין הסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי;

(2) לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי , ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי , הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח ; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

(1א) חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ 30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(2א) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר , לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח , הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח ויפרט

(3א) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

"שינוי פרמיה".

לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

"שינוי בתנאי הכיסוי הביטוח" – למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

6.2 חלה על מבטח, במועד ההצטרפות לפוליסה, החובה לשלם פרמיה, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתה לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את הפרמיה, שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

7. תקופת הביטוח:

7.1 תקופת הביטוח תהיה 5 שנים , החל מ-01/01/2020 (המועד הקובע) ועד 31.12.2024 . בעל הפוליסה רשאי, מכל סיבה שהיא, להפסיק את ההתקשרות ולבטל את הביטוח בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום.

- 7.2 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות והאקטואריה של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא הגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועדה המקורי ובעל הפוליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטח, כמפורט לעיל.
- 7.3 הווארכה תקופת הביטוח כאמור לעיל, יפעל המבטח על פי האמור בסעיף 6 לעיל.
- 7.4 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.5 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו-8.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

8. תום הביטוח, הפסקת הביטוח עבור מבוטח מסוים והאפשרות להמשכיות:

- 8.1 תום הביטוח עבור מבוטח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מביניהם:
- 8.1.1 **ביטול על ידי המבוטח:** כל מבוטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבור, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח את הביטוח, יבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.
- 8.1.2 **תום תקופת הביטוח:** יום תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 7.1 או מועד תום תקופת הביטוח, לגבי כיסוי מסוים, אם נקבע מועד כזה בתנאי הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.
- 8.1.3 **ביטול על ידי המבטח:** ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 14.4 לפוליסה או במקרה של אי גילוי בהתאם להוראות 17 לפוליסה.
- 8.1.4 **ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:**
- (א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע בעל הפוליסה או המבוטח למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה לשימוש זכויות לפי הפוליסה, בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- (ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 4.3-4.4 או בסעיף ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 4.4; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" - "למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או לשינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.
- (ג) על אף האמור בסעיף 8.1.5 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור

- עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח
- 8.1.5 העדר זיקה לבעל הפוליסה:** אובדן הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה יביא להפסקת הביטוח, כמפורט להלן:
- סיום יחסי עבודה:** עזיבת עובד את עבודתו אצל הפוליסה, מכל סיבה שהיא, הביטוח של העובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחדש בו עזב העובד את עבודתו אצל בעל הפוליסה, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין אותו חודש.
- סיום חברות:** סיום החבר את חברותו אצל הפוליסה, מכל סיבה שהיא, הביטוח של החבר ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחדש בו סיים החבר את חברותו אצל בעל הפוליסה, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין אותו חודש.
- גירושין או פטירה (חו"ח) של המבוטח עובד / חבר בעל הפוליסה:** התגרש מבוטח עובד/חבר בעל הפוליסה, הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.
- 8.2 תם הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 במהלך חודש קלנדרי, לא יוחזרו דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו הסתיימה או בוטל הביטוח.**
- 8.3 בוטל/הסתיים הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 לגבי המבוטח שהנו עובד/חבר אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הביטוח שלו ושל כל בני משפחתו המבוטחים עמו במסגרת הפוליסה.**
- 8.4 המשכיות** תם הביטוח בהתאם לסעיפים 8.1.2, 8.1.5 (לעניין סעיף 8.1.2 תינתן המשכיות על פי סעיף זה רק במקרה שהסכם הביטוח יסתיים או יתבטל והפוליסה לא מתחדש אצל המבטח או אצל מבטח אחר, לגבי כלל המבוטחים או חלקם שהביטוח אינו מתחדש עבורם), יהיו המבוטחים בפוליסה ערב האירועים המפורטים בסעיפים אלו רשאים לבקש בכתב להצטרף לכיסויי הביטוחיים החופפים במסגרת אחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות של החברה (להלן: "פוליסת פרט"). כפי שיהיו באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לפוליסת פרט ובהנחה הנהוגה באותה עת בחברה המבטחת וכן בהתאם לתנאים הבאים:
- 8.4.1** המבוטח יודיע בכתב למבטח בכתב על רצונו להמשיך להיות מבוטח בפוליסת פרט תוך 90 יום מיום תום הביטוח בפוליסה (הקבוצתית).
- 8.4.2** מועד תחילת הביטוח יהא מיום סיום הפוליסה (הקבוצתית) בהתאם לסעיף 8.1.4 ובהתאם ישולמו דמי הביטוח.
- 8.4.3** ההצטרפות לביטוח תהא ברצף ביטוחי (ללא תקופות אכשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים מחדש ביחס לכיסויי ביטוחיים חופפים בין פוליסת הפרט לפוליסה (הקבוצתית) וביחס לאותם סכומי ביטוח. במקרה בו ירכוש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות אך ורק ביחס לכיסויים ולסכומים הלא החופפים.
- 8.4.4 יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסת הפרט יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח ביחס לדמי הביטוח ששולמו בגין הפוליסה (הקבוצתית).**
- 8.4.5 יובהר כי ההמשכיות לא תינתן למבוטח אשר ביטל מיוזמתו את הביטוח (הקבוצתי), לרבות בהתאם לסעיף 8.1.1. לעיל, או אשר המבטח ביטל את הביטוח לגביו בהתאם לסעיף 8.1.3. לעיל.**
- 8.4.6** למרות האמור לעיל בסעיף 8.1.5 לעיל ובסעיף 8.4 לעיל, בעת פטירה (חו"ח) של עובד/חבר אצל בעל הפוליסה, יהיו זכאים כל בני משפחתו שהיו מבוטחים עמו במסגרת הפוליסה, להמשיך להיות מבוטחים בפוליסה זו, וזאת בתנאי כי יודיעו בכתב למבטח על רצונם להמשיך להיות מבוטחים בפוליסה זו, וזאת תוך 90 יום מיום פטירת העובד/חבר ובתנאי כי יעבירו אמצעי גביה אישי.

9. סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על כל פרקי הפוליסה, להוציא פרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:
החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:
9.1 מקרה הביטוח ארע לפני תאריך תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה לעיל.
- 9.2 ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסטטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.
- 9.3 ניתוחי עיניים וטיפולים לתיקון קוצר ראייה ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי שני רופאים מומחים בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינם הרופא המבצע את הניתוח.
- 9.4 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי שני רופאים מומחים בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינם הרופא המבצע את הניתוח.
- 9.5 אבזרי עזר רפואיים כגון: עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורטופדיים וכדומה, למעט אם נכללו במפורש בכיסוי הביטוחי באחד או יותר מפרקי הביטוח.
- 9.6 עקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות ו/או אי פוריות ו/או היריון ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפוליסה ובהתאם לתנאים שנקבעו באותו פרק) ו/או הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חברתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.
- 9.7 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, טיפולי היפר תרמיה.
- 9.8 טיפול תרופתי מניעתי בשל תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).
- 9.9 אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה שלא בהתאם להוראות היצרן של חומרים שאינם סמים.
- 9.10 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 9.11 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שכר ותשלום בצידה ו/או פעילות ספורטיבית תוך השתייכות לאגודת ספורט.
- 9.12 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 9.13 מקרה ביטוח שארע במישרין בלבד מפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית,

הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים כהגדרתן בפלת"ד.

- 9.14 טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטרים.
- 9.15 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי מסוים בפרק מסוים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק זה.
- 9.16 ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים או טיפולים הדרושים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.
10. **תנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:**
- 10.1 **סייג בשל מצב רפואי קיים:**
החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 10.2 **תוקף שייג בשל מצב רפואי קודם:**
10.2.1 שייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא: פחות מ- 65 שנים – יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
10.2.2 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 10.3 **סייג של מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים:**
סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים, שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 10.4 **תחולת שייג בשל מצב רפואי קודם:**
סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
11. **תשלום תגמולי הביטוח:**
- 11.1 החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע ניתוח במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא.
- 11.2 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.
- 11.3 **חובת מסירת מסמכים:** במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות ו/או העתק מסמכים, לרבות באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח ובהתאם לנסיבות העניין בצירוף הסבר למי נשלחה חשבונית המקור (ככל שנשלחה) ואישור של אותו

הגורם בגין הסכום ששולם למבוטח בגין חשבונית זו או בצירוף הסבר למי נשלחה החשבונית (ככל שנשלחה).

11.4 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים, אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

11.5 תגמולי ביטוח ששולמו במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער היציג ביום ביצוע התשלום.

11.6 נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין.

11.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.

11.8 **תחלוף (סברוגציה):**

הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, **שלא מכוח חוזה ביטוח** עוברת זכות זו לחברה מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. הוראות סעיף קטן זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

12. **כפל ביטוח:**

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

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

12.3 היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.

12.4 הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.

13. **התביעה וניהולה:**

13.1 **חובת הודעה על מקרה הביטוח:** המבוטח יודיע לחברה על מקרה הביטוח מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר לה לברר את חבותה ולטפל בתביעה. לא קוימה חובת ההודעה, וקוימה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה: (1) החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות; (2) אי קוימה או איחורה לא

מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור. (ב) עשה המבטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

13.2 אישור מוקדם של המבטח להוצאות רפואיות: קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו. בכל מקום בו הפוליסה מכסה הוצאות רפואיות וצוין כי על המבטח לפנות למבטח על מנת לקבל אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול הרפואי, היעדר פניה של המבטח למבטח לקבל אישור מוקדם, יכול לגרום להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת לו הדעה מראש.

13.3 מסירת מסמכי התביעה: המבטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל, ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים לחברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם. לשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית, ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות אחרת, למסור לחברה את המידע הרפואי המלא הנוגע למבטח.

13.4 החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, באופן סביר, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבטח.

13.5 בדיקה רפואית : אם ידרש לכך ע"י רופא מטעם החברה, יעמיד עצמו המבטח לבדיקה רפואית סבירה בנסיבות העניין על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט ו/או מסמך רפואי שידרש. החברה תדאג כי הרופא מטעמה יציע למבטח מועד לבדיקה רפואית כאמור לא יאוחר מתום 30 יום מיום קבלת התביעה במקרים רגילים, ותוך 14 ימי עבודה במקרים דחופים. יובהר כי המבטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות מכוח הפוליסה בבית משפט.

13.6 אישור תביעה יעשה תוך 30 ימי עבודה. במקרים דחופים מתחייבת החברה לתת הסכמתה או אי הסכמתה לשאת בתשלום תגמולי הביטוח עפ"י פוליסה זו, תוך 14 עבודה ממועד קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים לחברה לצורך בירור חבותה. במקרי דחיפות מיוחדת יינתן אישור מיידי על ידי חברת הביטוח בכפוף להחתמת המבטח על הסכמתו לבדיקת זכאותו, לאחר אישור מקרה הביטוח והתחייבותו האישית לביצוע החזר כספי ומתן ערבויות מתאימות, אם ימצא כי לא עמד בתנאי הזכאות לקבלת תגמולי הביטוח.

13.7 החברה מתחייבת לשלם את תגמולי הביטוח תוך 30 ימי עבודה מיום מסירת כל המידע והמסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים לה לבירור חבותה.

13.8 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדימים שבהסכם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבטחים בפוליסות הבריאות הפרטיות אצל החברה.

13.9 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים או טיפולים מיוחדים בחו"ל : אישרה החברה ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
13.9.1 תיתן למבטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או

- הטיפול המיוחד בחו"ל.
החברה תהיה רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
13.9.2 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ו/או העתק מסמכים לרבות באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח.
במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות בהתאם להוראות סעיף 11.3. אם ידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
13.9.3 תשלומים במטבע חוץ שתשלם החברה יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום. כל הוצאה שתהא לחברה בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידה ולא תשולם בנוסף להם. מובהר כי במקרה של כיסוי ביטוחי שנועד לשימוש בחו"ל, תקרת תגמולי הביטוח/ גבול האחריות המופיע בפוליסה הינו סופי ובמסגרת זו יכללו העלויות הקשורות להמרה והעברת כספים לחו"ל.

- 13.10 **הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:**
מבוטחים בפוליסה זו הינם תושבי ואזרחי מדינת ישראל.
כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם. מבוטח ששהה בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 180 יום וחזר לישראל, יהא רשאי לקבל שירות על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בחו"ל ומכוסה על פי תנאי פוליסה זו, **עם חזרתו לישראל ובכפוף לה,** והשירותים בגין מקרה הביטוח יינתנו בישראל בלבד, למעט כסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.
למען הסר ספק, החברה לא תחזיר למבוטח את ההוצאות בגין מקרי ביטוח שאירעו בחו"ל ואשר הוצאותיהם בוצעו בחו"ל, לרבות התחייבויות כספיות אם נתנו על ידי המבוטח, אלא אם אישרה החברה מראש ובכתב הוצאת הוצאות אלו על ידי המבוטח בעת שהותו בחו"ל.
למען הסר ספק, יובהר כי פוליסה זו אינה מחליפה כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.

14. **דמי הביטוח (הפרמיה):**
14.1 כמפורט בדף הרשימה שמצורף לפוליסה.
14.2 הפרמיה החדשית עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה, בכפוף לאמור בדף הרשימה המצורף לפוליסה זו. הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד היסודי ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.
14.3 **פירוט הסדרי תשלום -**
מובהר כי עובדים/חברים אצל בעל הפוליסה המבוטחים בפוליסה זו, בתקופה בה הם נמצאים בחל"ד (חופשת לידה) או בחל"ת (חופשה ללא תשלום), להמשיך לשלם את דמי הביטוח כסדרם.
14.4 **פיגור בתשלום דמי הביטוח:** לא שולמו דמי הביטוח במועד, על ידי המבוטח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים.
14.5 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה ולמבוטחים ודמי הביטוח ישולמו

14.6

שינויים בדמי הביטוח

בנוסף לאמור בסעיף 15 לעניין התאמת דמי הביטוח, יהיו רשאים בעל הפוליסה והמבטח להסכים על שינויים בדמי הביטוח. מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד החידוש הביטוח הקבוצתי העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטוח בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבטוח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטוח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטוח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוג; לעניין זה, "**העלאה של דמי הביטוח**" - (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטוח; (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטוח, במלאה או בחלקה או הרחבתה; (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שכללה בפוליסה. (4) במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבטוח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; (5) במועד החידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטוח ערב מועד חידוש הביטוח.

15.

התאמת דמי ביטוח :

בתום 30 חודשים מיום תחילת הפוליסה יהא רשאי המבטח להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבטוחים ליתרת תקופת הביטוח על-פי ניסיון התביעות ושיעור המגמה המסתמן לעתיד, בהתאם לנוסחה הקבועה להלן- כהפסדים בתכנית הביטוח בתקופת הביטוח החולפות יראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות והתלויות לרבות I.B.N.R בגין אותה תקופת ביטוח כשהוא משוערך למדד עבור כל הכיסויים הכלולים בפוליסה על סכום של 75% מסכום הפרמיות המשולמות בגין אותה תקופה כשהן משוערכות למדד על כל הכיסויים בפוליסה .

אם יתברר, כי תכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח, כהגדרתם לעיל, יועלו דמי הביטוח בגובה המתאים לאיזון הפסדי עבר ומניעת הפסד עתידי. לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופה הקודמת, למעט הצמדתן למדד.

ישבו הצדדים ויגיעו להסכמות ביחס לעדכון דמי הפרמיה החדשיים ו/או הכיסויים הביטוחיים בהתאמה . במידה ולא הגיעו הצדדים להבנות בנדון, שני הצדדים יהיו רשאים להביא את ההסכם לסיומו בהודעה מראש ובכתב של 90 יום

16.

התיישנות:

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

17.

חובת גילוי:

19.1 **ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה בהודעה בכתב למבטח.**

19.2 ביטל המבטח את החוזה מכוח סעיף זה, זכאי המבטח להחזיר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבטוח בכוונת מרמה.

19.3 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה: (1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה; (2) מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

19.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
(1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה; (2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

19.5 במקרה של פיצוי, המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מתחילת הכיסוי הביטוחי של המבוטח, זולת אם המבוטח או האדם שחיו בוטחו פעל בכוונת מרמה.

18. חקיקה:
על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו אלא אם הותנה אחרת בפוליסה זו.

19. מיסים והיטלים:
בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו, אם המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על פי הפוליסה ואם יוטלו במועד מאוחר יותר.

20. שינוי ההסכם במהלך תקופת הביטוח
לאחר 30 חודשים רשאי בעל הפוליסה לדרוש שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת המבטח בלבד, ולשינוי הפרמיה בהתאם, אם יידרש. יודגש, כי עצם היות המבוטח כלול בביטוח שעל פי פוליסה זו, מהווה את הסכמתו לייצוגו ע"י בעל הפוליסה בכל הנוגע לפוליסה זו על כל המשתמע מכך בכלל, ולגבי סעיף זה בפרט.

21. דו"חות ונתונים:
המבטח יעביר מדי שנה או על פי דרישה דו"חות מפורטים בהתאם לדרישת בעל הפוליסה אשר יכללו בין היתר פרמיות, תביעות, נתוני מבוטחים והכל בכפוף לחוק הגנת הפרטיות וסודיות רפואית.

22. הודעות:
כתובת הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:
כפי שעודכן בחברה המבטחת בעת תחילת ההסכם.

פרק א' - השתלות ו/או טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

- 1. הגדרות לפרק זה:**
בפרק זה יתפרשו המונחים הבאים כמפורט להלן:
1.1 "השתלה":
- 1.1.1 פרוצדורה הכוללת את התנאים הבאים: א) כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, וכל שילוב ביניהם, ו-ב) השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקום.
- 1.1.2 השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי שמקורם במבוטח עצמו **בישראל בלבד**.
- 1.1.3 השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 1.1.4 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם בלבד או אונת כבד או ריאה, או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מבעל חיים במקום בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיונות ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי.
- 1.1.5 למען הסר ספק, הגדרת "**איבר שלם**" בסעיף זה – איבר מן האיברים הנזכרים כאן, בשלמותם בלבד ולא חלקים מהם או חלקים המחוברים אליהם ומהם (למעט אונת כבד ואונת ריאה).
- 1.1.6 השתלה תכוסה עפ"י הגדרה זו ותנאי פוליסה זו, ובלבד שהתמלאו התנאים המצטברים המפורטים להלן:
- 1.1.6.1 **רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.**
- 1.1.6.2 **ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו נמצא אותו בית חולים.**
- 1.1.6.3 **בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:**
- (1) **נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.**
- (2) **מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.**
- הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המנימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.
- 1.1.7 **מובהר כי אין בכיסוי ביטוחי לפי פרק זה בכדי להרחיב את המונח "השתלה" ו/או "איבר" כהגדרתו בחוק השתלת איברים ו/או חוק איסור סחר באיברים לעניין חוקים אלו וחובת יישומם בנסיבות.**
- 1.2 "טיפול מיוחד בחו"ל" – ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:**
- 1.2.1 סיכויי ההצלחה (יילקח בחשבון הניסיון המצטבר) בביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול או הניתוח בארץ.

- 1.2.2 הטיפול אינו בר ביצוע ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל. "טיפול/ניתוח חלופי" - טיפול/ניתוח הניתן לביצוע בישראל, המאפשר להשיג אותן תוצאות רפואיות המושגות ע"י הטיפול המבוקש ובלבד שאין בו לגרום למבוטח נזק או תופעות לוואי חמורות יותר.
- 1.2.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה בחו"ל לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה, וכתוצאה מכך נגרמת סכנה לחיי המבוטח.
- 1.2.4 ביצוע הטיפול בחו"ל חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו של הטיפול מהווה סכנה ממשית לחייו.

בנוסף, הטיפול המיוחד בחו"ל מותנה כי הצורך בביצועו של הטיפול המיוחד בחו"ל והתנאים המפורטים מעלה (לפחות אחד) מתקיימים על פי אישורו של רופא, מטעם המבוטח, שהינו מומחה בתחום הספציפי בו נדרש המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחו"ל ובכפוף לאישורו של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

מובהר כי אבזרים ו/או תרופות אינם נכללים בכיסוי זה.

- 2. מקרה הביטוח:**
- מקרה הביטוח הינו מצב רפואי המחייב השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח.**
- למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.**

- 3. סכום הביטוח:**
- 3.1 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו\או תביעות בגין מקרה\י ביטוח עפ"י פרק זה הינו – ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה ועד לתקרת שיפוי של 5,500,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה, אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג של השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה. למרות האמור לעיל, על ההוצאות המפורטות בסעיף 4 יחולו התקרות הקבועות שם ובכפוף לתקרה הקבועה בסעיף זה, לפי הנמוך מביניהם.**
- 3.2 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלות איברים שנלקחו מבעלי חיים-** עד לסך של 1,000,000 ₪ אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה.
- 3.3 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה לטיפול מיוחד בחו"ל לכל תקופת הביטוח-** עד לסכום של 1,000,000 ₪ למבוטח כולל ההוצאות הנלוות לפי סעיף 4.
- 3.4 **פיצוי חד פעמי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי –**
- 3.4.1 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, ללא השתתפות החברה במימון עלות כלשהי מכח פרק השתלות זה, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 50,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבוטח.
- 3.4.2 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל במימון חלקי של קופת החולים של לפחות 25%, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 25,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבוטח.
- למען הסר ספק יודגש כי הסכום הפיצוי הנ"ל לא ישולם בגין טיפול שבוצע בארץ.**

- 4. שיפוי להוצאות השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל:**
- תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המפורטות להלן:-
- 4.1 **הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה**

ותרופות.

- 4.2 יובהר כי לא יינתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל שאין מניעה לבצעם בישראל טרם יציאת המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, או שאין מניעה לדחותם עד שוב המבוטח לישראל.
- 4.3 הוצאות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 יום לאחר ביצועם.
- 4.4 במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.
- 4.5 הוצאות איתור איבר להשתלה, לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו למקום ההשתלה, עד לסך של 200,000 ₪.
- 4.6 הוצאות טיפולי המשך בחו"ל המתרחשים לאחר האשפוז, הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, ועד לסכום של 100,000 ש"ח להשתלה או 50,000 ש"ח לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.
- 4.7 הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין.
- 4.8 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה מבית החולים בארץ לשדה התעופה ומשדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.
- 4.9 הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד עד לסכום של 800 ₪ ליחיד או 1,200 ₪ לשניים, לכל יום שהייה. תקרת ההוצאות המקסימאלית להוצאות שהייה לפי סעיף זה הינה עד לסך של 100,000 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.
במקרה שהמבוטח שעובר את ההשתלה או את הטיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, הנו קטין, יכוסו הוצאות שהייה בגין הקטין ושני מלווייו בסך של עד 1,500 ₪ לכל יום שהייה ועד לתקרה מקסימלית של 150,000 ₪.
- 4.10 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, לרבות ביצוע מספר טיסות, אם ידרשו כאלו והוצאות העברות קרקעיות למקום ביצוע ההטסה, אם ידרשו כאלו, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל עד לסכום של ללא תקרה.
- 4.11 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל, לביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסכום של 100,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. למען הסר ספק יובהר כי סכום שיפוי מרבי זה הינו בנוסף להוצאות ביצוע ההשתלה שישולמו על ידי החברה.
- 4.12 הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה עד לסכום של 1,000,000 ₪.
- 4.13 המבוטח יפצה את המבוטח בגמלה חודשית בעבור השתלה אשר בוצעה בחו"ל בסכום של 5,000 ₪, או 3,000 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמות, אשר תשולם

למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודש (להלן: "**תקופת התשלום**").

4.14 הגמלה החדשית תשולם למבוטח גם אם ההשתלה כאמור בפרק זה בוצעה בישראל, ובלבד שקיימת זכאות לביצוע עפ"י תנאי הפוליסה. במקרה מות המבוטח תשולם יתרת התשלומים שנותרו להשלמת 24 גמלאות לשאיירי המבוטח.

במקרה השתלה חוזרת בתוך תקופה תשלום הגמלה, לא תשולם גמלה נוספת.

4.15 מיסים, היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו, או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח אם תישא בהן החברה, והכול בכפוף לסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 3 לעיל.

4.16 כל סכומי הביטוח צמודים למדד היסודי על פי פרק התנאים הכלליים לפוליסה זו.

5. תשלום תגמולי הביטוח:

לאחר קבלת אישור החברה לביצוע ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל על פי פרק זה:

5.1 תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

5.2 החברה תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה הבלעדי, לשלם את ההוצאות המוכרות לפי פרק זה ישירות לגורמים להם יש לשלם הוצאות אלה או לשלם למבוטח עצמו.

5.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום אך ורק כנגד חשבונות שיומאצו לחברה. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

5.4 סכומים הנקובים במטבע זר המבטח רשאי לשלם בשקלים על פי שער החליפין היציג של המטבע הנוגע לעניין ביום ביצוע התשלום למבוטח במערכות המבטח, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול על תשלום שכזה.

6. פיצוי במקרה של השתלה או צורך רפואי בהשתלה:

6.1 פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח:

במקרה בו בחר המבוטח לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 250,000 ₪ לאחר ביצוע ההשתלה. למען הסר ספק יודגש כי הסכום הנקוב בסעיף זה לא ישולם בגין השתלות שבוצעו בישראל.

6.2 פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה - כיסוי ביטוחי למחלה קשה:

ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 250,000 ₪ בתנאי שהמבוטח הגיש תביעה לחברה בגין הצורך הרפואי בטרם ביצע ההשתלה בצירוף מסמכים רפואיים וחוות דעת רפואית בדבר הצורך בהשתלה ובכפוף להמצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר.

לחלופין, הצורך להשתלה יתקיים במצב של אי ספיקת כליות כרונית. "אי ספיקת כליות כרונית" - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאליה או לדיאליזה (פריטונאלית) ובהתקיים כל התנאים הבאים: (1) רמת ה-eGFR קטנה מ-20. ואולם מקום בו המבוטח מצוי בטיפול דיאליזה נדרשת כי רמת ה-eGFR תהא קטנה מ-10; (2) רמת קריאטינין מעל 4.5.

מימש המבוטח את זכאותו לקבלת הפיצוי בהתאם לסעיף 6.1 או 6.2 לעיל, לא יהיה זכאי לקבל כל שיפוי או פיצוי או גמלה על פי פרק זה בגין ההשתלה או בקשר אליה. פיצוי לפי סעיף זה לא יינתן בגין השתלת מח עצם עצמית. למען הסר ספק יודגש כי פיצוי זה יבוא במקום כל תגמול אחר בגין ההשתלה.

7. תקופת אכשרה - 60 יום.

למרות האמור לעיל לא תחול תקופת אכשרה על בעלי רצף ביטוחי כהגדרתו לעיל ועל מבוטחים קיימים אשר היו מבוטחים בפוליסה הקודמת.

8. סייגים לאחריות המבטח

בנוסף לסייגים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבטח יהיה פטור מחבותו על פי נספח זה בגין הטיפולים המפורטים להלן:

8.1 טיפולים רפואיים שאינם טיפולים רפואיים קונבנציונאליים, לרבות טיפולים הומיאופתיים.

8.2 טיפולים רפואיים ו/או טכנולוגיות רפואיות, הניתנים במסגרת ניסיונית או מחקרית ואשר לא אושרו על ידי הרשויות המוסמכות כדוגמת משרד הבריאות, FDA, EMEA וכדומה, כטיפולים יעילים לטיפול במחלתו של המבוטח, במועד מתן הטיפול.

8.3 טיפולים בעקרות, אי פוריות, היריון ו/או לידה.

8.4 בדיקות גנטיות לאיתור סרטן ו/או איפיון של תהליכים ממאירים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח אשר מחייב על פי הוראת רופא טיפול תרופתי באמצעות אחת מאלה:

1.1.1 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** - כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן המדינות המוכרות; ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד

אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

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

1.1.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

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

1. פרסומי ה-FDA
2. American Hospital Formulary Service Drug information
3. US Pharmacopoeia Drug Information
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 II a
 - ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II a
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

1.1.4 טיפול תרופתי בתרופת יתום.

1.1.5 תרופה באמצעות טופס 29 ג'.

1.2 **תקופת התגמול** - תקופה מרבית לתשלום בגין התרופה.

1.3 **למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**

1.4 **סכום שיפוי מרבי** – גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח בגין כל מקרי הביטוח ולאחר ניכוי השתתפות עצמית.

1.5 **מחיר מרבי מאושר** – הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשתנה מעת לעת ובכפוף לסעיף 4.1 להלן.

2. **הכיסוי הביטוחי:**

החברה תספק למבוטח את התרופה או תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:

2.1 **המבוטח יפנה לקבלת אישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. בהעדר אישור מוקדם של החברה (המבטח) לרכישת התקופה- אנא ראה הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים.**

2.2 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות כמפורט בסעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים), ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה

2.3 חובת החברה על פי פרק זה תהיה אך ורק בגין **הוצאות שהוצאו בפועל**.

2.4 **השתתפות עצמית**- בנוסף לאמור בסעיף 2.3 לעיל, תשלם החברה אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית למרשם שהינה 200 ₪ למרשם לחדש ולא יותר מ-400 לכלל המרשמים לחדש.

2.5 **תקרת כיסוי**- סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה בסך 2,000,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח. למרות האמור לעיל, הכיסוי לטיפול תרופתי כאמור בסעיף 1.1.4 יהיה עד לתקרה כוללת בגובה של 250,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.

2.6 החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 150 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח. סכום זה בא בנוסף לשיפוי בגין עלות התרופה.

2.7 הסכומים המפורטים בפרק זה יהיו צמודים למדד היסודי.

3. **הוצאות מוכרות:**

לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפול תרופתיים עתידיים.

4.

הגבלות נוספות לאחריות החברה:

בנוסף ומבלי לגרוע מהסייגים הכלליים והמיוחדים בפוליסה, החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.

4.1 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.

תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום השיפוי המרבי לתרופה, על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב.

במידה שלתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המרבי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, במחירי דולר ארה"ב.

4.2

בנוסף לאמור לעיל לא תהיה החברה אחראית לכל תשלום על פי פרק זה בגין:

4.2.1 תרופה ניסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת.

4.2.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים ו/או לדיאטה ו/או משקל ו/או גמילה מעישון.

4.2.3 תרופות למחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים

4.2.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.

4.2.5 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח.

4.2.6 מקרה הביטוח הנובע ו/או קשור לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות ו/או טיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות

4.2.7 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות

4.2.8 הוצאה מוכרת שהוצאה בחו"ל ו/או לאחר תום תקופת הביטוח.

4.2.9 שתל ו/או אבזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה.

4.2.10 אבזר מצופה תרופה.

5.

תקופת האכשרה:

תקופת האכשרה בפרק זה תהיה בת 60 יום.

למרות האמור לעיל לא תחול תקופת אכשרה על בעלי רצף ביטוחי כהגדרתו לעיל ועל מבוטחים קיימים אשר היו מבוטחים בפוליסה הקודמת.

6.

הגבלת גבולות אחרות מחוץ למדינת ישראל

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח על פי נספח זה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל למעלה מ-180 יום רצופים. נספח זה אינו מכסה מבוטח ששוהה בחו"ל מעבר לתקופה האמורה, כל עוד נמצא המבוטח בחו"ל. חזר מבוטח לגבולות המדינה ויוכיח את זכאותו לתגמולים, המבטח ישלם לו תגמולי ביטוח החל ממועד שובו לישראל, עפ"י תנאי הפוליסה ולא יותר מסכום השיפוי המירבי לביטוח הנקוב בנספח זה. **תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.**

הגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח' - 12-1-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'

פרק ג' 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם טיפוליים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית של 3000 ₪ לכל סוג ניתוח

פרק זה, , הנו בהתאם לתוספת הראשונה בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה- 2015 והוראות חוק ההתייעלות הכלכלית ותיקוני החקיקה שם.

1. הגדרות:

- 1.1 **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - 1.1.1 **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי**, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2 **בית חולים ציבורי כללי** - כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו ב"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.3 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.4 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה בישראל, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.5 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן ליזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
- 1.6 **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.7 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.8 **שתל** - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי
- 1.9 **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

- 2. מקרה הביטוח**
מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח ובכפוף לניכוי השתתפות עצמית של 3000 ₪ לכל סוג ניתוח. למרות האמור לעיל לא תהא השתתפות עצמית לכל סוג ניתוח לילדים עד גיל 26 שנה/נכדים עד גיל 26 שנה.
- 3. הכיסוי הביטוחי:**
בקורות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1 **3 התייעצויות** בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכונה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**
- 3.2 שכר מנתח;
- 3.3 כיסוי **הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:
- 3.3.1 שכר רופא מרדים.
3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.
3.3.3 ציוד מתכלה.
3.3.4 שתלים.
3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.
3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.
3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).
- 3.4 **טיפול מחליף ניתוח**; כיסוי זה לא ישולל מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי ידקק המבוטח טיפול נוסף.
- 4. תקופת האכשרה:**
4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.
- 4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.
- 5. הגבלות לאחריות המבטח:**
בנוסף לסייגים וההחרגות הכלליים בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:
- 5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה;
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: (א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; (ב) ניתוח לקיצור קיבה עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

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

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

5.7 מקרה ביטוח שארע במישרין עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

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

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

6. תנאים מיוחדים לפרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

תנאים מיוחדים אלו יחולו על הפרק לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן - "פרק הניתוחים").

הגדרות (סעיף 1 לתוכנית):

6.1 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות ממקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שבהסכם או שירות אחר, בניכוי השתתפות עצמית, ככל שנקבעה בפרק הניתוחים ו/או בכל הרחבה לפרק הניתוחים. סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח - לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ממוצע ההסדרים עם נותני השירותים כאמור שהיו באותה העת וכמפורסם באתר האינטרנט של החברה.

6.2 נותן שירות שבהסכם - ר' ההגדרה בפרק התנאים הכלליים.

תביעות

6.3 **מימוש הזכויות לכיסוי ביטוחי לפי תכנית זו תהא כדלקמן:**

6.3.1 **ביחס לניתוחים - רק באמצעות נותני שירות שבהסכם (עם המבטח).**
המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה הביטוח שהנו ניתוח לפי תכנית זו.

לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם לבלב**, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע הניתוח בגין מקרה הביטוח. **על אף האמור בסעיף 13.2 לתנאים הכלליים, מובהר כי**

המבטח לא יתן החזר כספי או תשלום כלשהו למבוטח במקרה של ניתוח על ידי נותן שירות שבהסכם.

פנה המבוטח לחברת הביטוח לביצוע ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח תחול עליו השתתפות עצמית בגובה 3,000 ₪ .

למרות האמור לעיל, במידה ופנה המבוטח לביצוע הניתוח לשב"ן שלו והשב"ן אישר את זכאותו של המבוטח לכיסוי באמצעות נותן שירות שבהסכם השב"ן ובתנאי שנותן השירות הינו נותן שירות של המבטח, יחזיר המבטח את ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח, וזאת עד לגובה הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח - לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח).

במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ההסכם הנהוג לגבי מספר נותני השירות בחברה.

6.3.2

ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות – באמצעות נותן שירות שבהסכם באמצעות נותן שירות אחר. במקרה בו מקרה הביטוח הנו באמצעות נותן שירות שבהסכם, המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין המקרה ביטוח. לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות שבהסכם או לנותן שירות אחר, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יהא **רק עד לסכום השיפוי המרבי**.

6.3.3

"בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח" – מובהר כי הינן לרבות, בדיקה פתולוגית, בדיקות מעבדה המתבצעות במהלך האשפוז, בדיקות הדמיה המתבצעות על פי דרישת המנתח לקראת ניתוח ו/או במהלכו.

6.3.4

בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבוטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש, שקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ניתוח.

6.3.5

בכפוף לאישור המפקח על הביטוח, המבטח יהיה רשאים לקבוע לגבי מקרים חריגים שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים בתחומים ייחודיים, כי היה רשאי להציע, לתקופת זמן מוגבלת, החזר כספי למבוטח ביחס ל ניתוחים באמצעות נותן שירות אחר. אפשרות כזו, ככל שתהא ובמתכונתה המאושרת, תפורסם באתר האינטרנט של החברה.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

פרק ג' 2- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 3000 ₪ לכל סוג ניתוח

פרק זה, הנו בהתאם לתוספת הראשונה בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה- 2015 והוראות חוק ההתייעלות הכלכלית ותיקוני החקיקה שם.

פרק זה מיועד למבוטחים החברים באחת מתוכניות השב"ן בלבד. הזכאות לתגמולי ביטוח כאמור בפרק זה הינה לאחר מיצוי הזכאות לתגמולי ביטוח (שיפוי, פיצוי, הנחה ו/או השתתפות) להם זכאי המבוטח, במידה והינו זכאי להם, במסגרת תוכנית השב"ן בה המבוטח חבר. **דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין מסלול בעל כיסוי ביטוחי לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (מסלול אשר תגמולי הביטוח משולמים בו ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).**

1. הגדרות:

- 1.1 **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - 1.1.1 **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי**, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2 **בית חולים ציבורי כללי** - כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו בי"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.2 **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.3 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.4 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה בישראל, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירתית החדרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.6 **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.7 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

- 1.8 **שתל** - כל אביר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 **תכנית שב"ן / שב"ן** - תכנית לשירותי בריאות נוספים אשר אינם כלולים בסל הקופה שירותי הבריאות מכח חוק בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. תכנית זו מוצעת על ידי קופת החולים לחבריה בעצמה או על ידי חברת בת שבשליטתה המלאה.
- 1.11 **ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל** - כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל באמצעות נותני שירות שבהסכם בלבד ו/או בשל התייעצויות בישראל ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל, הכלול בתכנית ביטוח שהוצאה לפי התוספת הראשונה תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה-2015 לביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ולפי החקיקה הנוספת הנוגעת לעניין זה.
- 1.12 **ביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל** - ביטוח המתחשב בזכויות הניתנות במסגרת השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים ו/או טיפולים מחליפי ניתוח ו/או התייעצויות בישראל והנותן כיסוי ביטוחי להשלמת ההפרש בין סך ההוצאות בפועל לבין סך ההוצאות להן זכאי המבוטח לקבל על פי תנאי השב"ן בגין ביצוע הניתוח בישראל ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ו/או התייעצויות בישראל ועד לתקרות נותן השירות שבהסכם בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ותוכנית זו ובכפוף לאמור בביטוח זה להלן. מובהר כי ביטוח משלים שב"ן תשלם את ההפרש האמור על כל מרכיב בביטוח זה ולא רק בגין הניתוחים הפרטיים בישראל, מקום בו קיימות למבוטח זכויות להחזר על פי תכנית השב"ן.
- 1.13 **"מועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן" - מועד הביטול יהיה על פי אחד מהמועדים הבאים, המוקדם מביניהם:**
- 1.13.1 מועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן ו/או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.
- 1.13.2 המועד בו על פי תקנון השב"ן נכנסה לתוקף בקשת המבוטח להיגרע מתוכנית השב"ן.
- 1.14 **תקופת אכשרה שב"ן** - תקופת זמן רצופה המתחילה במועד ההצטרפות לתוכנית השב"ן ו/או לחלקיה ו/או לפרקיה, הנקבעת על ידי קופת החולים המספקת את השב"ן והמשתנה מכיסוי לכיסוי ומקופת חולים לקופת חולים ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל חלק ו/או פרק בתוכנית השב"ן.
- 1.15 **"אישור רשמי מקופת החולים"** - אישור כתוב על דף הנושא את שם וסמל קופת החולים, חתום על ידי מורשה מטעם קופת החולים בצירוף חותמת קופת החולים.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח, או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת

הביטוח ובכפוף לניכוי השתתפות עצמית של 3000 ₪ לכל סוג ניתוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרוב מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי מעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח במקרה הביטוח במסגרת השב"ן בה הוא חבר עבור מקרים אלה בלבד:

3.1 **3 התייעצויות** בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.**

3.2 שכר מנתח.

3.3 כיסוי **הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:

3.3.1 שכר רופא מרדים.

3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

3.3.3 ציוד מתכלה.

3.3.4 שתלים.

3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

3.4 **טיפול מחליף ניתוח;**

כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח.

4 תקופת האכשרה

4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.

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

5 הגבלות לאחריות המבטח

המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.

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

5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח לקיצור קיבה עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

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

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

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

5.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרית.

5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

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

6. תנאים כלליים מיוחדים לביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

6.1 הגדרות

6.1.1 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המירבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות ממקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שבהסכם או אחר, לפי העניין, בניכוי השתתפות עצמית, ככל שנקבעה בתוכנית ו/או בכל הרחבה לתוכנית ו/או בדף פרטי הביטוח ביחס להן/ו **וביחס למרכיב הניתוחים (מנתח, הוצאות ניתוח) והטיפולים מחליפי ניתוח ו/או התייעצויות והכל בניכוי החזר ההוצאות להן זכאי המבוטח על פי תוכנית השב"ן.**

סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח- לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ממוצע ההסדרים עם נותני השירותים כאמור שיהיו באותה העת וכמפורסם באתר האינטרנט של החברה.

6.1.2 **נותן שירות שבהסכם** - ר' ההגדרה בפרק התנאים הכלליים.

6.1.3 **הוצאות בפועל** - סך ההשתתפות העצמית של המבוטח בגין מקרה ביטוח.

6.2 תביעות:

6.2.1 מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:
ביחס לניתוחים- רק באמצעות נותני שירות שבהסכם עם המבטח (רופא ובית חולים).

ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות - באמצעות נותן שירות שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר.
6.2.2 המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו. במקביל יפנה המבוטח לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן.

- 6.2.3 **אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי פרק ניתוחים זה. למען הזהירות ועל מנת שלא להתחייב להוצאות שלא יוכרו לאחר מכן על ידי המבטח, מומלץ למבטח לקבל את אישור המבטח למקרה הביטוח (כגון: הניתוח, טיפול מחליף הניתוח) לפני ביצועו.**
- 6.2.4 לאחר פניית המבטח לשב"ן למימוש הזכאות על פי תנאי השב"ן ולאחר שעבר את מקרה הביטוח (הניתוח/טיפול מחליף ניתוח/ התייעצות) ישלם המבטח למבטח ו/או לנותן השירות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין החזר ההוצאות להן המבטח זכאי על פי תנאי השב"ן (להלן: "ההפרש").
- 6.2.5 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי סה"כ סכום החזר ההוצאות למבטח על ידי המבטח והזכאות להחזר על פי תנאי השב"ן ביחד, לא יעלה על סכום השיפוי המירבי.**
- 6.2.6 **החזר ההוצאות יינתן עבור ההוצאות בפועל של המבטח על פי קבלות כמפורט בסעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים לעיל.**
- 6.2.7 **על מנת שהמבטח יוכל לשלם למבטח ו/או לנותן השירות את ההפרש כאמור לעיל, ימציא המבטח למבטח אישור רשמי מקופת החולים על קיום זכאות המבטח ועל סך ההוצאות בפועל בהן יחוייב על פי תנאי השב"ן.**
- 6.2.8 **במקרים הבאים בלבד לא תהיה קיומה של הזכאות על פי תכנית השב"ן תנאי מוקדם לקיום חבות המבטח על פי תכנית זו:**
- 6.2.8.1 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישפה המבטח את המבטח ו/או ישלם לנותן השירות עבור סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המשווקת באותה העת בחברה.
- 6.2.8.2 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר וזאת על פי אישור רשמי מקופת החולים (להלן: "הקופה") אותו ימציא המבטח למבטח לגבי ההוצאות שהיו משולמות לו על ידי הקופה במקרה זה.
- על האישור הרשמי מקופת החולים האמור לציין מפורשות כי המבטח אינו זכאי לקבל החזר הוצאות ו/או שירותים על פי תנאי השב"ן בגין מקרה הביטוח ואת הסיבה לאי הזכאות.
- במקרה ולא ימציא המבטח אישור רשמי מקופת החולים כאמור למבטח, יסתמך המבטח לצורך התשלום למבטח ו/או לנותן השירות על מידע שאסף אודות ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצות זהה או דומה ששילם הוצאותיו למבטח/ים בעבר במסגרת תכנית זו או הדומה לה במהותה. **למען הסר ספק, מוצהר ומוסכם בזאת, כי על המבטח לשתף פעולה עם המבטח להשגת האישור האמור.**
- 6.2.8.3 **מבטח שגויס לשרות חובה סדיר בצה"ל וזאת למשך כל תקופת שירותו בשרות חובה סדיר. למען הסר ספק, האמור לעיל אינו כולל שירות מילואים ו/או קבע בצה"ל.**

6.2.9 **להוציא בגין ניתוחים עם נותן שירות שבהסכם.** המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות שבהסכם, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יהא **רק עד לסכום השיפוי המירבי.**

6.2.10 **"בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח"** – מובהר כי הינן לרבות, בדיקה פתולוגית, בדיקות מעבדה המתבצעות במהלך האשפוז, בדיקות הדמיה המתבצעות על פי דרישת המנתח לקראת ניתוח ו/או במהלכו לאחר שנקבעה אבחנה של צורך בניתוח.

6.2.11 **טיפול מחליף ניתוח :** בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבוטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש, שקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ניתוח.

6.2.12 **ברות ביטוח:**

המבוטח בתוכנית זו יהיה זכאי לברות ביטוח על פי הגדרתה ותנאיה המפורטים להלן:

6.2.12.1 **"ברות ביטוח"** – זכאות של המבוטח למעבר מביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לביטוח ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המשוקות על ידי החברה באותה העת ברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה ובכפוף לתנאים המפורטים להלן. בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

א. סיום חברות המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת.

ב. מעבר לתוכנית שב"ן בקופה אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח, בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת)

6.2.12.2 המעבר בין הביטוחים יעשה בכפוף לבקשת המבוטח בכתב למבטח תוך 60 יום ממועד הודעת קופ"ח על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים. ובכפוף לתשלום הפרמיה המלאה בגין ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

6.2.12.3 לא מימש המבוטח זכות זו באמצעות הודעה בכתב לחברה תוך 60 הימים המפורטים לעיל, תפקע זכות זו מאליה.

6.2.12.4 תחילת תקופת הביטוח של ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובכפוף לכל התנאים וכל הסייגים בביטוח זה ובתנאים כלליים בפוליסה זו.

6.2.12.5 פקעה הזכות הנ"ל כאמור ועקב כך ירצה המבוטח לבטל תכנית זו, עליו להודיע על כך למבטח בכתב והביטול יכנס לתוקף במועד קבלת ההודעה אצל המבטח. המבטח יחזיר למבוטח אך ורק פרמיות אשר נגבו לאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם

פרק ד' - ניתוחים בחו"ל

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"מקרה הביטוח"** – מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, המכוסה על פי פוליסה זו, שנקבע על ידי רופא שהתמחותו בתחום בו נדרש הניתוח, ואשר בחר המבוטח לבצעו בחו"ל והכל במהלך תקופת הביטוח לראשונה.

1.2 **"תיאום הניתוח"** – התקשרות וסידורים אדמיניסטרטיביים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו', יעשו ישירות על ידי החברה בלבד.

1.3 **"בית חולים בחו"ל"** – מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.

1.4 **"הטסה רפואית"** – הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בכפוף לבדיקת רופא מטעם החברה ובדיקה כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

2. תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות בקרות מקרה הביטוח, בגבולות ובתנאים המפורטים להלן: הניתוח והשירותים הרפואיים שמכח פרק זה בפוליסה להלן יבוצעו במסגרת נותני שירותים שבהסכם עם החברה.

היה והניתוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה- תקרת השיפוי המרבית תהיה 200% או 300% במקרה של ניתוח מוח בחו"ל- ניתוח לסילוק גידול ממאיר או שפיר) מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל/ מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה הגבוה ביותר תהיה עלות, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל.

אחריות המבטח על פי נספח זה מותנית ומוגבלת לכך שהמבוטח הינו תושב ישראל המתגורר בישראל כדרך קבע, יצא מישראל למטרת ביצוע הניתוח בחו"ל וחוזר לישראל לאחר מכן.

פרוט הכיסויים עבור ניתוח המבוצע בחו"ל:

2.1 שכר מנתח/ מרדים:

שכר מנתח ו/ או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור שניתן מראש על ידי החברה ישולם ישירות למנתח ולמרדים. בהעדר אישור החברה- ראו הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה.

2.2 כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל:

החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל המושתל בגופו של המבוטח במהלך הניתוח, אשפוז עד 30 יום, בדיקה פתולוגית וחווות דעת שנייה בגינה ובדיקות מעבדה והדמייה הקשורות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז.

2.3 כיסוי להוצאות טיסה ושהייה:

במידה והמבוטח נזקק להטסה רפואית על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז

לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 10 ימים בריציפות או במקרה של ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוח מעקפים), או בניתוח מוח, ישופה המבוטח גם בהוצאות שלהלן:
הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. **הוצאות שהייה** למבוטח ומלווה אחד עד לסכום מרבי בסך של 500 ₪ ליום למבוטח ו- 750 ₪ למלווה ולתקופה מרבית של 30 יום.
 אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירות רגילה בטיסה סדירה באותו מועד ל- 2 מלווים כסיוי מלא. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לקטין ול- 2 מלווים לא יעלה על 1000 ₪ ליום ולתקופה מרבית של 30 יום.

2.4 **הטסה רפואית:**

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד סכום ביטוח מרבי של 80,000 ₪ להטסה אחת. הצורך בהטסה רפואית בכפוף לבדיקת רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי של המבוטח.

2.5 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:**

החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל שם בוצע הניתוח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה ללא תקרה.

2.6 **פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול:**

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים, יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 10,000 ₪ לכיסוי הוצאות שונות, זאת בעת שובו של המבוטח לישראל.
יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 7 ימים.

2.7 **שיפוי לאחר אשפוז ממושך:**

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט להלן עד תקרה של 7,000 ₪ לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח:
 טיפולים פיזיותרפיים – עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.
 ריפוי בעיסוק - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.
 ייעוץ דיאטטי - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.
 שיקום כושר הדיבור - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.
יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 10 ימים.

3. **תביעות:**

בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח יידע את החברה באופן מיידי על רצונו לבצע את הניתוח בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת. על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח מרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח בחו"ל. **קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה. בהעדר אישור כאמור - ר' הוראות בסעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו.**

4. **תקופת אכשרה:**

בת 60 יום, במקרים הקשורים להריון לידה ופוריות תקופת האכשרה תהיה בת 6 חודשים.

למרות האמור לעיל לא תחול תקופת אכשרה על בעלי רצף ביטוחי כהגדרתו לעיל ועל מבטחים קיימים אשר היו מבטחים בפוליסה הקודמת (למעט החרגות קיימות).

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

פרק ה'- שירותים אמבולטוריים בישראל

1. הגדרות לפרק זה:

1.1 **"מקרה הביטוח"** – המבטח יפצה או ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים, אשר יפורטו להלן עקב בעיה רפואית פעילה, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.

"בעיה רפואית פעילה" – בעיה רפואית הדורשת תהליך אבחון (שאינו מעקב שהבעיה הרפואית איננה פעילה עוד ו/או אינו בדיקות שגרה) ו/או קבלת החלטות רפואיות לטיפול בבעיה הרפואית. היריון יכלול בהגדרה זו.

1.2 **"מועד קרות מקרה הביטוח"** – המועד בו ניתן השירות הרפואי למבוטח.

1.3 **"רופא מומחה"** – רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.

1.4 **בדיקות רפואיות אבחנתיות** – בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S). אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו. מובהר כי לא תכוסה בדיקת קולונוסקופיה תחת סעיף זה.

2. בכל הבדיקות שלהלן תהא השתתפות עצמית בסך 20% אלא אם כתוב אחרת בסעיף ספציפי:

2.1 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:**

השתתפות המבטח בסכום של עד 11,000 ₪ למבוטח לשנת ביטוח בגין בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S). אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T) בדיקת טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת, הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו. המבוטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית. מובהר כי לא תכוסה בדיקת קולונוסקופיה תחת סעיף זה.

2.2 **בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים:**

מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות כדוגמת "oncotest", עד 15,000 ₪ למקרה ביטוח. השתתפות עצמית 20%.

2.3 **חוות דעת רפואית שנייה בארץ ו/או חו"ל:**

מבוטח יהא זכאי להחזר בגין עלויות של חוות דעת רפואית שנייה בארץ ו/או בחו"ל, וזאת לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל. המבוטח זכאי למקסימום 3 חוות דעת כמוגדר לעיל בארץ ובחו"ל גם יחד. תקרה של עד 3,000 ₪ לחוות דעת אחת בחו"ל, ועד 1,430 ₪ לחוות דעת אחת בארץ.

2.4 **ימי החלמה:**

בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או ניתוח בעמוד שדרה או החלפת מפרק או מניתוח להסרת גידול ממאיר שבעקבותיו היה המבוטח מאושפז למעלה מ- 7 ימים, תשפה

המבטחת את המבוטח בסכום של 600 ₪ לכל יום החלמה ועד 8 ימים, בבית החלמה מוכר בתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"פ שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי, והשהייה נעשתה עד 90 יום מתום האירוע כאמור לעיל.

- 3. חריגים:**
- בנוסף לחריגים הכלליים של הסכם זה יחולו על פרק זה החריגים שלהלן:**
- 3.1 שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתיתם כטיפולים עתידיים.**
- 3.2 בדיקות תקופתיות, בדיקות שגרה, טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית, מעקב הריוני.**
- 3.3 שירותים שלא בוצעו במהלך תקופת הביטוח.**
- 3.4 שירותים שבוצעו בחו"ל.**
- 4. תקופת אכשרה – 60 יום למעט היריון ולידה אשר לגביהם תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים.**
- למרות האמור לעיל לא תחול תקופת אכשרה על בעלי רצף ביטוחי כהגדרתו לעיל ועל מבוטחים קיימים אשר היו מבוטחים בפוליסה הקודמת.**
- תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.**

פרק ו' –התייעצות עם רופא מומחה במקרה של מחלה קשה

1. המבוטח ייחשב כזכאי להתייעצות עם רופא מומחה בעת גילוי אחת המחלות ו/או האירועים/קשה/ים כמפורט להלן, המבוטח ישפה את המבוטח עד לתקרה בסך 1,200 ₪ התייעצות ולא יותר מ-2 התייעצויות בשנת ביטוח..
 - 1.1 **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease)** – מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
 - 1.1.1 צהבת
 - 1.1.2 מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות
 - 1.1.3 שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית
 - 1.1.4 אנצפלופטיה כבדית
 - 1.1.5 יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלניזם
 - שחמת שנגרמה כתוצאה משימוש בסמים או אלקוהול אינה כלולה בהגדרה זו, ולא תהווה מקרה ביטוח, פרט למקרה של שימוש על פי הוראת רופא.**
 - 1.2 **אי ספיקת כבד פולומיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** – אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת ממנמק מפושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:
 - 1.2.1 הקטנה חדה בנפח הכבד
 - 1.2.2 נמק מפושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה
 - 1.2.3 ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד – PT או רמות פקטורים 5 ו- 7
 - 1.2.4 צהבת מעמיקה
 - שחמת שנגרמה כתוצאה משימוש בסמים או אלקוהול אינה כלולה בהגדרה זו, ולא תהווה מקרה ביטוח, פרט למקרה של שימוש על פי הוראת רופא.**
 - 1.3 **טרשת נפוצה- (Multiple Sclerosis)** – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
 - 1.4 **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
 - 1.5 **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה

או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. **כל זאת להוציא TIA.**

- 1.6 **אוטם חריף בשריר הלב** - (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 :
1. שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
 2. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים או עלייה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml ומעלה.
 3. ובלבד שבית חולים או קרדיולוג מומחה קבעו שהמבוטח עבר אוטם חריף בשריר הלב.

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

- 1.7 **ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב** Open Heart Surgery for Valve Replacement Or Repair - ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כיורוגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

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

- 1.9 **ניתוח אבי העורקים** (Aorta) – ניתוח (לרבות צנתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר) בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.

- 1.10 **סרטן** (Cancer) - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחדורים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. **גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.**
2. **מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת למ"ר וללא אולרציות (התכייבויות)**
3. **מחלות עור מסוג:**
 - א. **Hyperkeratos ו-Basal Cell Carcinoma ;**
 - ב. **מחלות עור מסוג Cell Carcinoma Squamous** אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
4. **מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפוזי בנוכחות מחלת ה-AIDS.**
5. **סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- T2 No Mo TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל).**
6. **לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ 10,000 B cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.**
7. **סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה.**
8. **פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית.**
9. **גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.**
10. **T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-TCELL LY-**

2. חריגים מיוחדים לפרק מחלות קשות:
בנוסף לחריגים הקבועים בסעיף 7 לפוליסה ובמיוחד סייג מצב רפואי קיים, החברה לא תהיה אחראית ולא ישלם על פי פרק זה אם:
2.1 מקרה הביטוח נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.
- 2.2 החברה תהיה פטורה מתשלום תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח בתוך 30 יום מיום קרות מקרה הביטוח.
3. תקופת אכשרה:
תקופת האכשרה לפרק זה תהא 90 יום.
- לתשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.

דף רשימה

תקופת הביטוח: 1.1.2020-31.12.2024 (5 שנים) .

מדד עסקה: המדד אשר פורסם ביום 15.12.2019 לפי 12427 נק'.

דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כדלקמן:

פרמיה חודשית בש"ח למסלול ניתוחים אחידה שב"ן עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪	פרמיה חודשית בש"ח למסלול ניתוחים אחידה עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪	גיל המבוטח
27.00 ₪	30.00 ₪ *	0-26 (ילד/נכד*)
87.00 ₪	89.00 ₪	27-69
250.00 ₪	255.00 ₪	+70

* מובהר כי החבילה הביטוחית הינה במימון לעובד בלבד (למעט שווי מס).

**ילד שלישי ואילך חינם.

***דור ב' - מובהר כי כל הנכדים משלמים ואינם חלק מהטבת ילד שלישי ואילך חינם.

**** הפרמיה חודשית הינה צמודת מדד.



לסייע בשאלות ובהגשת תביעה לחברת הפניקס
ניתן לפנות לאפרת או נגה במזכירות וועד הסגל האקדמי
בטלפון: 08-6461049 או במייל segelacad@bgu.ac.il

לנושאים מקצועיים כגון ערעור על תביעה
יש לפנות אל חברת "ווי.די.בי יועצים" יועצי הביטוח של הארגון
טלפון: 03-6911390 / פקס: 03-6958662 / מייל: sarit@ogen.co.il