

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

ספטמבר 2023



תוכן עניינים

עמוד

3	אופן הגשת תביעה
4	ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה על פי תקנות "גילוי נאות"
5	פירוט הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח
10	הגדרות ותנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה
29	פרק א - השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל
33	פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
37	פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
39	פרק ד - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון (אחידה)
42	פרק ד1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה)
46	פרק ה - שירותים אמבולטוריים

בקשה לתשלום תגמולי ביטוח (תביעה) בביטוח רפואי בעת מקרה ביטוח

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבוטח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשולמים / מונפקים ע"י חברת הביטוח באמצעות סוכנות כבירי-משגב, בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה.

מה לעשות במקרה של תביעה?

לפרטים, להצטרפות ולקבלת שירות, ניתן לפנות למניבים סוכנות הביטוח בע"מ

טלפון משרד ראשי 08-6909312

או בדוא"ל menivim@menivim-ins.co.il

יש לפנות אל מוקד בריאות איילון בטלפון: 1-800-35-2001

או במייל: mailh@ayalon-ins.co.il

ימים ושעות פעילות: ימים א' עד ה' בין השעות 8:00 - 16:00.

ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, בחשבון האישי המקוון או כמסרון על-ידי שליחת המילה **תביעה** באמצעות סמארטפון (SMS) למספר 050-3015829.

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך בצורה מהירה ויעילה ובהתאם לתנאי הפוליסה אשר ברשותך, נבקשך ליישם את הכללים הבאים בעת הגשת תביעה:

1. **טופס תביעה** - יש למלא טופס תביעה מלא על כל רכיביו ובהתאם לתחום הרלוונטי לתביעה (ניתוח, תרופה, אמבולטורי).
2. **מייל להתכתבות** - במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנא ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.
3. **כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול** - יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול / טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.
4. **במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18** - במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף תצלום המחאה משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.
5. **ניתוחים עתידיים** - יש להעביר למייל mail-briutms@ayalon-ins.co.il לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.
6. **יתר התביעות** - יש להעביר למייל tviot_briut@ayalon-ins.co.il.
7. **בירור סטטוס תביעה** - יש לפנות למוקד השירות בטלפון **1-800-35-2001** או למייל mailh@ayalon-ins.co.il.

הבהרה: יש לשמור את כל המסמכים שנשלחים לחברת הביטוח עד סיום הטיפול בתביעה.

גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות

תמצית פרטי הפוליסה														
שם הביטוח	פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לחברי ארגון הסגל האקדמי הבכיר אוניברסיטת בן גוריון ובני משפחותיהם													
סוג הביטוח	השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל; תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות; ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל; ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון" (אחידה); <u>א</u> ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה); שירותים אמבולטוריים.													
תיאור הביטוח	<p style="text-align: center;"><u>חבד מלא</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל - פרק א • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב • ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג • ניתוחים ומחליפי ניתוח פרטיים בארץ - מ"השקל ראשון" (אחידה) - פרק ד <p style="text-align: center;"><u>א</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ניתוחים ומחליפי ניתוח פרטיים בארץ - משלים שב"ן (אחידה) - פרק ד1 • שירותים אמבולטוריים - פרק ה 													
תקופת הביטוח	5 שנים: החל מתאריך 01.09.2023 ועד תאריך 31.08.2028.													
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	<p style="text-align: center;">תנאים הכלליים - סעיף 20</p> <p style="text-align: center;">פרק ב - סעיף 4</p> <p style="text-align: center;">פרק ג - סעיף 2</p> <p style="text-align: center;">פרק ד - סעיף 4</p> <p style="text-align: center;">פרק ד1 - סעיף 6</p>													
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)*	פרקים א, ב, ג, ה - 60 ימים (למבוטחים חדשים). פרק ד, ד1, - 60 ימים למעט מקרים הקשורים להריון ולידה - 12 חודשים.													
השתתפות עצמית	<p style="text-align: center;"><u>פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</u></p> <p>סעיף 3.1 - השתתפות עצמית של 150 ₪ למרשם בחודש ועד 300 ₪ לכלל המרשמים בחודש. תרופה למחלת הסרטן - ללא השתתפות עצמית. סעיף 3.2 - בדיקה גנומית - 25% השתתפות עצמית.</p> <p style="text-align: center;"><u>פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</u></p> <p>סעיף 1.4.4 - 20% השתתפות עצמית</p> <p style="text-align: center;"><u>פרק ה - שירותים אמבולטוריים</u></p> <p>20% השתתפות עצמית, למעט: סעיף 3.5 - השתתפות עצמית של 25%; ולמעט סעיף 3.2-3.3 - ללא השתתפות עצמית.</p>													
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים													
עלות הביטוח	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">משלים שב"ן</th> <th style="width: 33%;">מהשקל הראשון</th> <th style="width: 33%;">גיל מבוטח</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">42 ₪</td> <td style="text-align: center;">43 ₪</td> <td style="text-align: center;">0 עד 26 (ילד/נכד*)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">105 ₪</td> <td style="text-align: center;">107 ₪</td> <td style="text-align: center;">27 עד 69</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">281 ₪</td> <td style="text-align: center;">286 ₪</td> <td style="text-align: center;">70 ואילך</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">ילד/נכד - עד גיל 26. ילד שלישי ואילך חינם. כל הנכדים משלמים.</p>		משלים שב"ן	מהשקל הראשון	גיל מבוטח	42 ₪	43 ₪	0 עד 26 (ילד/נכד*)	105 ₪	107 ₪	27 עד 69	281 ₪	286 ₪	70 ואילך
משלים שב"ן	מהשקל הראשון	גיל מבוטח												
42 ₪	43 ₪	0 עד 26 (ילד/נכד*)												
105 ₪	107 ₪	27 עד 69												
281 ₪	286 ₪	70 ואילך												
מדד הפרמיה	מדד שפורסם ביום 15.8.2023 - 13684 (נקודות).													
מבנה הפרמיה	פרמיה משתנה לפי קבוצות גיל, ובעת התאמת פרמיה.													

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

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
פרק א - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל		
השתלות בחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל סעיף 3.1	שיפוי כללי מרבי להשתלה	בוצעה השתלה בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. בוצעה השתלה בבית חולים שאינו בהסכם - שיפוי עד 5,500,000 ₪.
טיפול מיוחד בחו"ל סעיף 3.2	טיפול מיוחד בחו"ל.	טיפול מיוחד עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא. טיפול מיוחד עם נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,000,000 ₪.
השתלת איבר מבעל חיים סעיף 3.3	השתלת איבר מבעל חיים.	עד 1,000,000 ₪.
הוצאות רפואיות נלוות סעיף 3.5.1 עד 3.5.8	<ul style="list-style-type: none"> • שיפוי בגין הוצאות איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי. • שיפוי בגין הוצאות קציר איבר מושתל, שימורו והעברתו. • שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה. • שיפוי בגין הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד לכל תקופת שהייה, או למבוטח ו-2 מלווים (במקרה קטין). 180 יום לפני ביצוע ההשתלה / הטיפול המיוחד ועד 300 ימים לאחר ביצועם. • שיפוי בגין הוצאות הבאת מומחה מחו"ל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או ייעוץ ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. • שיפוי בגין הוצאות המשך טיפולים שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי. • שיפוי בגין הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. • תשלום בגין עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. 	<p>עד 200,000 ₪.</p> <p>עד 200,000 ₪. עד 100,000 ₪.</p> <p>עד 900 ₪ ליום למבוטח ומלווה אחד ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ו-2 מלווים ועד 200,000 ₪.</p> <p>עד 150,000 ₪ בגין טיפול מיוחד בחו"ל או השתלה. כיסוי מלא.</p> <p>עד 150,000 ₪</p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
פיצוי חד-פעמי לפני ביצוע השתלה סעיף 3.6	מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה, או אם אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.	סך 350,000 ₪
פיצוי חד-פעמי לאחר ביצוע השתלה סעיף 3.7	מבוטח שעבר השתלה, (למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי). ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.	סך 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל. או 100,000 ₪ עבור השתלה בארץ.
למען הסר ספק, המבוטח רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.6 או 3.7 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3, 3.4 ו-3.5 לעיל, אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור להלן בסעיף 3.8.		
גמלת החלמה לאחר השתלה סעיף 3.8	גמלת החלמה לאחר השתלת כליה או מח עצם עצמית. בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל.	סך 5,000 ₪ לחודש ועד 24 חודשים. סך 3,000 ₪.
פיצוי חד פעמי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי סעיף 3.9	פיצוי חד פעמי במקרה ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, ללא השתתפות החברה במימון עלות כלשהי, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי. במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל במימון חלקי של קופת החולים של לפחות 25%, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי.	עד 50,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבטח. עד 25,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבטח.
בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצוע ההשתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות ע"פ הדין החל באותה מדינה; ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.		
פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות		
תרופות שלא בסל הבריאות סעיף 3	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואושרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה. כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות. יובהר כי אין הגבלה למספר מקרי הביטוח המכוסים בתקופת ביטוח. תרופות יתום. תרופה המוגדרת כ-off label. בדיקה גנומית 	עד 2,500,000 ₪. מתחדש כל 24 חודשים.
תרופה מכוח סעיף 29 ג סעיף 2.2	תרופה מכוח סעיף 29 ג'	עד 30,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%.
טיפול הכרוך במתן התרופה סעיף 3.7	שיפוי בגין הוצאות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה.	עד 200 ₪ לכל טיפול ועד 60 טיפולים.

הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>לתשומת ליבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. דע לך שאם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים זהים \ אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת חולים טרם הפניה לחברת הביטוח.</p>		
<p>פרק ד 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן (אחידה)</p>		
<p>לאחר מיצוי השב"ן זכאות להשתתפות בגין ההוצאות המוכרות. רק מעבר למלוא הזכויות במסגרת השב"ן. במקרה של דחייה מהשב"ן וכן מקרים של מבטחים בשירות סדיר אצל נותן שירות בהסכם - שיפוי מלא. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד סכום הביטוח המרבי הקבוע כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח. התייעצות עם נותן השירות שבהסכם - שיפוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם עד 1,500 ₪.</p>	<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח</p> <ul style="list-style-type: none"> • שכר מנתח; • שכר מרדים; • הוצאות חדר ניתוח; • הוצאות אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח, טיפול מחליף ניתוח; • הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח, טיפול מחליף ניתוח; • שתלים; • תרופות במהלך אשפוז. <p>• התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח, טיפול מחליף ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.</p>	<p>ניתוח או מחליף ניתוח בארץ משלים שב"ן - <u>סעיף 2</u></p>
<p>לתשומת ליבך, למימוש כיסוי בגין ניתוח, עלייך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים) חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל שנגרמו לך כתוצאה מהניתוח (המכוסה על פי הפוליסה) לאחר השתתפות תכנית השב"ן בקופת החולים וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p>		
<p>פרק ה - שירותים אמבולטוריים</p>		
<p>80% מההוצאה בפועל ועד 1,000 ₪ להתייעצות. ועד 2 התייעצויות בשנת ביטוח.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות עבור 2 התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות. למעט התייעצות עם רופא משפחה, רופא ילדים, רופא נשים שבשגרה.</p>	<p>התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח <u>סעיף 3.1</u></p>
<p>עד 3,000 ₪ לשנת ביטוח ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח. עד 1,430 ₪ ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות קבלת חוות דעת שנייה מרופא מומחה מחו"ל.</p> <p>שיפוי בגין הוצאות קבלת חוות דעת שנייה מרופא מומחה בארץ.</p>	<p>חוות דעת שנייה עם רופא מומחה בארץ או בחו"ל <u>סעיף 3.2</u></p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
התייעצות עם רופא מומחה במקרה של גילוי מחלה קשה סעיף 3.3	שיפוי בגין הוצאות עבור התייעצות עם רופא מומחה בישראל לצורך קבלת חוות דעת רפואית למבוטח אשר חלה במחלה קשה.	עד 1,200 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.
בדיקות אבחנתיות סעיף 3.4	שיפוי בגין הוצאות עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 בפוליסה, ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, המפרטת את הבעיה הרפואית.	עד 80% מההוצאה בפועל ועד 11,000 ₪ לשנת ביטוח.
החלמה לאחר ניתוח גדול סעיף 3.5	שיפוי בגין הוצאות שהייה במוסד החלמה מוכר בישראל, בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים.	עד 75% מההוצאה בפועל ועד 700 ₪ ליום ועד 14 ימים.
רפואה משלימה סעיף 3.6	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולי רפואה משלימה כמפורט להלן ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא. תחומי הרפואה המשלימה, עפ"י סעיף זה, הנם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, עיסוי רפואי עקב אשפוז כתוצאה מתאונה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו-פיידבק, נטורופתיה, שיטת אלכסנדר, אוסטיאופתיה, פרחי באך, חדר מלח, גלי הלם, דיקור סיני (אצל מטפלים בעלי רישיון).	עד 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
רפואה מונעת מגיל 50 ואילך סעיף 3.7	שיפוי בגין הוצאות עבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות.	עד 350 ₪ לבדיקה ועד שלוש בדיקות במהלך תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים וחריגיה שנחתמו בין בעל הפוליסה והמבוטח. טל"ח.

הגדרות ותנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה

1. הגדרות:

- 1.1 הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח.
- 1.2 **"החברה"** או **"המבטח"** - איילון חברה לביטוח בע"מ
- 1.3 **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.4 **"תאריך תחילת הביטוח"** - 01.09.2023
- 1.5 **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.6 **"הסכם הביטוח"** - חוזה הביטוח מיום 01/09/2023 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.7 **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח נקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.8 **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש.
- 1.9 **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.10 **"בית חולים פרטי"** - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/פ/שר"ן ו/או קרנות מחקר. יובהר שהגדרה זו אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מ"השקל הראשון" ומשלים שב"ן).
- 1.11 **"בית חולים שבהסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.8 ו 1.9 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח. מובהר כי למבטח הסכמים עם כל בתי החולים הפרטיים בישראל.
- 1.12 **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.13 **"ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.14 **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.15 **"רופא מומחה"** - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.16 **"מנתח הסכם"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל ואשר קשור בהסכם עם המבטח.
- 1.17 **"מנתח אחר"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.18 **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.19 **"רופא מרדים בהסכם"** - רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדימים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.

- 1.19. "רופא מרדים אחר"** - רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.20. "אשפוז"** - שהייה בבית חולים הכוללת בין השאר הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.21. "נותן שירות בהסכם"** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או נתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.22. "אח/ות"** - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.23. "שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיורפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**. הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.
- 1.24. "ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמן כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיורפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**. הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

- 1.25. "תחליף ניתוח" - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבטוח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבטוח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבטוח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבטוח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל. יובהר כי כאשר לא קיים ניתוח המאפשר טיפול במצבו הרפואי של המבטוח, והטיפול הרפואי האפשרי הוא טיפול שאינו ניתוח, יוגדר הטיפול כתחליף ניתוח. הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.**
- 1.26. "רופא" - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.**
- 1.27. "פיזיותרפיה" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.**
- 1.28. "מקרה הביטוח" - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה, על בסיס המלצה של רופא מטעם המבטוח מקנה למבטוח זכות לתגמולי ביטוח.**
- 1.29. "טיפול נייסוני" - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינגי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול ואשר אינו קובנציונאלי ו/או אינו מקובל לפי אמות מידה מקובלות בישראל.**
- 1.30. "בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה" - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבטוח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.**
- 1.31. "יום אשפוז" - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אשפוז לפחות מ 24 שעות.**
- 1.32. "גיל" או "גיל המבטוח" - גיל המבטוח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבטוח כמפורט בפוליסה.**
- 1.33. "המוטב" - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבטוח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבטוח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבטוח.**
- 1.34. "בעל הפוליסה" - מי שהמתקשר עם המבטוח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או בנות. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת, והכל בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתיות.**
- 1.35. "ארגון" - ארגון הסגל הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון.**
- 1.36. "חברים" - חברים בארגון.**
- 1.37. "חבר קיים" - חבר שהיה מבטוח במועד תחילת ביטוח זה.**
- 1.38. "חבר חדש" - חבר שלא היה מבטוח במועד תחילת ביטוח זה.**
- 1.39. "בני משפחה / בני משפחותיהם" - בני/בנות זוגם של חברי הארגון (כולל בני אותו המין), לרבות ידועה/בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים.**

- 1.40. **"שב"ן** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.41. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.42. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.43. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009).
- 1.44. **"קופת חולים" - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות**. המבטח יסתמך בקביעת זכאות המבוטח לטיפול הרפואי על פי תנאי הפוליסה על קביעות רפואיות של קופת חולים.
- 1.45. **"וועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).
- 1.46. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.
- 1.47. **"דמי הביטוח" או "הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 1.48. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
- 1.49. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.
- 1.50. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.51. **"תקופת (ה)בדיקה"** - תקופה של 30 חודשים ממועד תחילת פוליסה זו.
- 1.52. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.53. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממש לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.54. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא, כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.

- 1.55. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).
- 1.56. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.

2. פירוט הכיסויים בביטוח

רובד מלא

- השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א'.
 - תרופות שלא בסל הבריאות - פרק ב'.
 - ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג'.
 - כיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ מסלול מ"השקל הראשון" (אחידה) - פרק ד'
 - כיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ מסלול "משלים שב"ן" (אחידה) - פרק ד'1
 - שירותים רפואיים אמבולטוריים - פרק ה'.
- על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חזרה הביטוח התשמ"א - 1981.

3. תקופת הסכם הביטוח

- 3.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה מתאריך 01.09.2023 וסיומה בתאריך 31.08.2028 (להלן: **"תקופת ההסכם"** ו/או **"תקופת הביטוח"**).
- 3.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.
- 3.3. במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תוקף הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים לתנאי הפוליסה בתקופת ההסכם.
- 3.4. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שתהיינה) ועל המבוטח יחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פי הפוליסה עד לתום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שתהיינה), אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 3.5. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. אופן הצטרפות

- 4.1. **חבר ארגון קיים** - יהיה רשאי להצטרף לביטוח על פי הסכם זה, באופן וולונטרי בכפוף למימון ותשלום דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה (למעט עלות שווי המס), בכפוף לחתימתו על גבי טופס הצטרפות, למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתו. על אף האמור, במהלך 90 הימים הראשונים ממועד תחילת הסכם זה יהיה רשאי להצטרף לביטוח ללא מילוי הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי ויהא מכוסה באופן מלא בכל הכיסויים הכלולים בפוליסה זו.
- 4.2. **חבר ארגון חדש** - יצורף לביטוח על פי הסכם זה ממועד תחילת העבודה או המועד הראשון לזכאות לביטוח בריאות במימון של המעסיק, באופן וולונטרי בכפוף

למימון ותשלום דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה (למעט עלות שווי המס), בכפוף לחתימתו על גבי טופס הצטרפות, מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתו. על אף האמור, במהלך 90 הימים הראשונים ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה, יהיה רשאי להצטרף לביטוח ללא מילוי הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי והוא מכוסה באופן מלא בכל הכיסויים הכלולים בפוליסה זו.

4.3 **בני משפחה** יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שימלאו טופס הצטרפות ויממשו את זכאותם תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה, או תוך 90 יום מהמועד בו הצטרף החבר לארגון, או 90 יום ממועד חזרתו של החבר ארגון הסגל הבכיר מחל"ת או חל"ד, כאשר מועד תחילת החל"ת/חל"ת היה לפני תאריך תחילת ביטוח זה. מועד הצטרפותם לביטוח לענין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרפו להסכם הביטוח בפועל.

4.4 **חבר ארגון הסגל הבכיר שנישא או הפך לידוע בציבור** בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה, לרבות ילדים בוגרים ובני משפחתם) כלות וחנתים), בתוך 90 יום ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הצירוף בפועל.

4.5 **תינוק שנולד** למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו המבוטח ו/או נכדים, יוצרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הולדת הילד או יום אימוצו. מובהר כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח הפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה, ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר, החל מהתאריך בו הגיעו לגיל בוגר כמוגדר לעיל.

4.6 **חבר ארגון הסגל הבכיר אשר יבקש להצטרף לביטוח** שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין חברים הנדרשים למלא הצהרת בריאות, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לפוליסה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 30 ימי עסקים ממועד קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח.

4.7 **מבוטחים יצורפו לביטוח** בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. במידה והמבוטח הראשי נפטר, יהיו זכאים בני משפחתו המבוטחים לעבור לפוליסת פרט בתנאי המשכיות.

4.8 **יובהר כי גריעת מבוטח מקובץ המבוטחים ו/או אי הוספת מבוטח לקובץ המבוטחים**, אשר נגרמה בטעות ו/או בתום לב ו/או עקב השמטה מקרית ו/או בלתי מכוונת, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה ו/או הסוכן אישור בכתב, המאשר את העובדה שגריעתו או אי הוספתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח יבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.

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

4.10 **הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו**, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות

מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.

4.11 על אף האמור לעיל, **חברי ארגון ו/או בני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר**, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לפרקי כיסוי חופפים ובתוך חלון הצירוף של 90 ימים ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים או צילום מסך מ"הר הביטוח" המעיד על תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם שלהם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן חריגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. למרות האמור לעיל יובהר כי החברה המבטחת תישא בתשלום בגין מקרה ביטוח שארע בתקופה הקודמת, אלא אם צוין אחרת וכן כי מתן הרצף יהא בכפוף לקבלת הבקשה להצטרפות בתקופה בה מתאפשר צירוף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות.

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

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

4.14 **צירוף מבוטח - בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:**

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

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

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח

בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרק כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

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

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

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

לא בטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסיים האלה:

- (א) ניתוחים
- (ב) תרופות
- (ג) השתלות
- (ד) מחלות קשות
- (ה) שיניים
- (ו) תאונות אישיות

4.15. חובת הגילוי

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

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

(ג) הסתרה כוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

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

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

(ג) קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא

כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:

- (1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
 - (2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.
- 4.15.3 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 4.15.2. לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
 - ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

5. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים

- 5.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:
- (א) לגבי חבר ארגון - הראשון (1) לחודש בו הצטרף לארגון של בעל הפוליסה.
 - (ב) לגבי בני משפחה - הראשון (1) לחודש העוקב למועד שבו הוגשה בקשת ההצטרפות.
 - (ג) לגבי חבר ארגון ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות - הראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירוף.
- 5.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:
- (א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים היינו המועד בו המבוטח חדל מלהיות חבר בארגון הסגל הבכיר.
 - (ב) בתום תקופת הסכם הביטוח.
 - (ג) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח בכתב, 3 ימים לאחר קבלת הודעת הביטול.
 - (ד) לגבי מבטח שהוא ילדו של חבר ארגון - 60 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 26, ישלח המבטח הודעה בה יעדכן את החבר על הגעת הילד לגיל 26 ואודות עליית התעריף. במידה והחבר בחר שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר, יוכל הילד הבוגר לבחור להמשיך בביטוח פרטי בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט.

6. ביטוח בעת חל"ת / חל"ד

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

7. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות)

- 7.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח

להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פיטורין, עזיבת הארגון, גירושין, או רילוקיישן, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבוטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 15% לתקופה של 3 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבוטח. מובהר שמבוטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.

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

8. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח

דמי הביטוח בש"ח, אופן תשלומם והגורם המשלם הינם כמפורט להלן:

מסלול ניתוחים משלים שב"ן	מסלול ניתוחים מהשקל הראשון	גיל מבוטח
42 ₪	43 ₪	0 עד 26 (ילד/נכד*)
105 ₪	107 ₪	27 עד 69
281 ₪	286 ₪	70 ואילך

* ילד - עד גיל 26. ילד שלישי ואילך - חינם.

** כל הנכדים משלמים.

8.1. דמי הביטוח בגין חברי הארגון ישולמו ע"י בעל הפוליסה.

- 8.2 דמי הביטוח בגין בני המשפחה (לרבות כלות וחתנים) ישולמו על ידי בעל הפוליסה.
- 8.3 דמי הביטוח בגין גמלאים חברי הארגון ישולמו באמצעות גבייה אישית.
- 8.4 דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה-25 בכל חודש בגין החודש הקודם.
- 8.5 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "**מדד הבסיס**").

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

- מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטוח בסכום העולה על 15 שקלים, חדשים במצטבר לכל מבטוח או בשיעור העולה על 50 אחוזים 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 המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-
- 8.6.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- 8.6.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטוח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- 8.6.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 8.6.4 במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 8.6.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

8.7 התאמת דמי הביטוח

- 8.7.1 החישוב יתבצע כל 24 חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, המבטח יחייב את ההתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של נתוני תיק הביטוח.
- 8.7.2 בדיקת הצורך בהתאמת דמי הביטוח וקביעת שיעור ההפסד/רווח תבוצע על פי הנוסחה שלהלן: **פרמיה ברוטו**: הפרמיה המשולמת על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים. **הפרמיה לחישוב**: פרמיה ברוטו בניכוי הוצאות (15% איילון + עמלת סוכן). **תביעות משולמות**: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפעול במהלך תקופת הבדיקה. **תביעות תלויות**: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם. **IBNR**: עתודות לתביעות שטרם שולמו **רווח/הפסד**: הפער בין הפרמיה לחישוב לבין התביעות המשולמות, התביעות התלויות IBNR.
- 8.7.3 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים או תופחת הפרמיה, בהסכמה שבין בעל הפוליסה למבטח וכפי שיוחלט בין הצדדים.
- 8.7.4 במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

- 9.1 המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או בחשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 9.2 בכפוף לאמור לעיל, המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 9.3 במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.
- 9.4 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל או במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 9.5 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 9.6 נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 9.7 הוראות לעניין כפל ביטוח וזכות שיבוב: המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- 9.8 המבטח יודיע למבוטח בתוך 14 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 21 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור או דחיה של התביעה. יודגש, שבמקרים בהם מדובר בפרוצדורות עתידיות, שטרם בוצעו, האישור (או הדחיה) יינתן על פי הצורך הרפואי.

- 10.1. מוטלת על המבוטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.
- 10.2. מבטח לא יצרף מבטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת"). במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי.
- 10.3. האמור בסעיף 10.2 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- 10.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 10.3.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "רצף ביטוחי").
- 10.3.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" הינו פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שיניים, (ו) תאונות אישיות.
- 10.4. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 10.5. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי המבוטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

11. פיגורים בתשלומים

- 11.1. לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד על ידי בעל הפוליסה, המבטח ייתן לבעל הפוליסה ארכה לתשלום דמי הביטוח למשך 90 יום נוספים לאחר מועד התשלום כקבוע בהסכם ביטוח זה ("תקופת הארכה") ויודיע על כך מוקדם ככל הניתן ובכל מקרה תוך זמן סביר מהיוודע אי-התשלום לנציג בעל הפוליסה בכתב (כולל דוא"ל).
- 11.2. במשך תקופת הארכה יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות הדין.
- 11.3. לאחר ביטול הביטוח כאמור לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום מתום תקופת הארכה לחדש את הביטוח על ידי תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי הצמדה וריבית כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א-1961, מתום 30 ימים ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הסכומים שבפיגור כאמור לעיל. נפרעו כל הסכומים שבפיגור כאמור לעיל, יהיה המבטח אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.
- 11.4. אחרי 120 יום ממועד תשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.
- 11.5. לא שילם מבטח את דמי הביטוח או חלקם במועד ולא שולמו דמי הביטוח תוך 30 יום לאחר שהמבטח דרש מהמבוטח בכתב לשלם, יהיה רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב כי ההסכם יתבטל כעבור 45 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן והכל בהתאם לחוק חוזה הביטוח.

12. תחלופ (טברוגציה)

- 12.1. מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות על פי חוק ו/או מכוח ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 12.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 12.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לניכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

13. ביטוח כפל

- 13.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות

המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר.

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

14. תביעות

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

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

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

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

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

15. התיישנות תביעות

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

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

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

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

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

- (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
(3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

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

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

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

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

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

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

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

ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

- (א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- (ב) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות 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 בתקנה 4(ב)2; לענין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.
- (א) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

18. תנאי הצמדה למדד:

- 18.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 18.1.1. "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
- 18.1.2. "המדד היסודי" - המדד האחרון שפורסם ביום כניסת ההסכם לתוקף, דהיינו המדד הידוע ביום 15.08.2023, מדד יולי 2023.
- 18.1.3. "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.
- 18.2. כל תשלומי המבטח וההשתתפות העצמית על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 18.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

קיומן של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעוללות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

20. חריגים כלליים

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

20.1 מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, ובתוך תקופת האכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה, בכל אחד מפרקי הפוליסה. למעט מבוטח שעובר לפוליסה ברצף ביטוחי, על שאר המבוטחים יחול חריג זה.

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

20.3 פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

20.4 אלכוהוליזם

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

20.6 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידס) ו/או מחלה או תסמונת שהיא מוטציה או וריאציה שלה ובלבד שהיו קיימים אצל המבוטח נוגדנים למחלה לפני מועד תחילת הביטוח.

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

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

20.9 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/שיים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר או תרופה לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים, תאונות ו/או ניתוחים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חייך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בבקבה; ניתוח לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר יכוסה אם קיימת אינדיקציה רפואית ע"פ קריטריונים רפואיים מקובלים לביצוע הניתוח

כפי שנקבעה ע"י רופא עיניים מומחה, אשר לא יבצע את הניתוח ואינו קשור במכון הרפואי שבו מבוצע הניתוח.

20.10. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים למעט באם הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאווה הוכרה.

20.11. טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינקי.

20.12. פגיעה ממשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי)

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

20.14. המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת כיסוי ביטוחי זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על-ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או על-ידי מעשה או מחדל של הנ"ל.

20.15. סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה המלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן. לפי זה המבוטח במועד הקובע כדלקמן:

א. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.

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

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

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

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

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

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

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

1. הגדרות:

- 1.1 המרכז הלאומי להשתלות** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
- 1.2 טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן:
- 1.2.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
 - 1.2.2 סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
 - 1.2.3 הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל, בהתאם לניסיון המצטבר לפי גודל האוכלוסייה.
 - 1.2.4 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
 - 1.2.5 ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
 - 1.2.6 הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.
 - 1.2.7 הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.
- 1.3 השתלה** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב (תאי גזע), מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, או הוצאת מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים ייחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. השתלה של איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים בתנאי מעבדה, תקרא "השתלת איברים שגודלו במעבדה" ותחשב כמקרה ביטוח על פי תנאי פוליסה זו.
- מובהר כי השימוש במכונת החייה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה ע"פ פרק זה.**
- ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:
- 1.3.1 ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
 - 1.3.2 ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.
 - 1.3.3 ההשתלה כפופה לחוק סחר איברים.
- ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

2. מקרה הביטוח

- 2.1 **השתלה:** צורך בהשתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.
- 2.2 **טיפול מיוחד בחו"ל:** צורך בטיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע עפ"י המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. התחייבות המבטח

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

- 3.1 **השתלה** הנערכת בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.
במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית בסך 5,500,000 ש"ח. **לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008.**
- 3.2 **לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל** - שיפוי בגין כל הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. אם הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי של 1,000,000 ש"ח.
- 3.3 להשתלת איבר מבעל חיים כהגדרתה בסעיף 1.3 לעיל - עד לסכום שיפוי מרבי בגובה 1,000,000 ש"ח.
- 3.4 **השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 - 3.3 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:**
- 3.4.1 תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בי אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה.
- 3.4.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין שתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.3 שכר כל הצוות הרפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
- 3.4.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
- 3.4.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
- 3.4.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
- 3.4.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 365 ימים לאחר ביצועם.
- 3.4.8 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקות הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה

הלוך וחזור במחלקת תיירים למבוטח ומלווה אחד, ובמקרה והמבוטח הינו קטין - לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

- 3.4.9. הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.
- 3.4.10. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD).

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

- 3.5.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי - עד תקרת הסכום 200,000 ₪.
- 3.5.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד תקרת הסכום 200,000 ₪.
- 3.5.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציווד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.
- 3.5.4. הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת 900 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או 1,500 ₪ למבוטח קטין ושני מלווים ליום ועד 200,000 ₪.
- 3.5.5. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או ייעוץ ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.5.6. הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת החזר בסך 150,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד או השתלה בחו"ל.
- 3.5.7. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.5.8. תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום של 150,000 ₪.

3.6. תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:

מבוטח אשר יעביר למבטח אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪, **למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי**. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלאו זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

3.7. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה:

מבוטח שעבר השתלה (**למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית**), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל או 100,000 ₪ עבור השתלה בארץ, ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.

למען הסר ספק, המבוטח רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.6 או 3.7 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3, 3.4, 3.5 לעיל, אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור להלן בסעיפים 3.8.

3.8. גמלת החלמה לאחר השתלה:

עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בסך 5,000 ₪ החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים.

לאחר השתלת כליה או מח עצם עצמית, יהא המבוטח זכאי לתשלום גמלה בסך 3,000 ₪.

3.9. פיצוי חד פעמי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי:

3.9.1. במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, ללא השתתפות החברה במימון עלות כלשהי, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 50,000 ₪ ולא יותר מ 50% מהסכום הנחסך למבטח.

3.9.2. 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 למבטח.

4. תקופת אכשרה

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה. (תקופת האכשרה לא רלוונטית עבור המבוטחים הקיימים שעוברים ברצף).

פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1 **תרופה** - חומר כימי ו/או ביולוגי ו/או תכשיר רפואי ו/או תכשיר ביטכנולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), ו/או מניעת הישנותו ו/או התפתחותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן להקלה על סימפטומים רפואיים ו/או מניעת כאב.
- 1.2 **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או יבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.4 **תרופה יתומה** - תרופה אשר אושרה לשימוש והוכרה כתרופה יתומה (Orphan Drug) באחת המדינות המוכרות, המיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר, ולמעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 1.5 **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.6 **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.7 **בית מרקחת** - מוסד מורשה בישראל על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.8 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9 **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.10 **רופא בית חולים-רופא העובד** במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.11 **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.12 **תרופה המוגדרת כ-Off Label**: תרופה לרבות תרופת יתום שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.
- 1.13 **תרופה ו/או טיפול ניסיוני**: תרופה ו/או טיפול שהשימוש בו אינו מאושר על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול במחלתו של המבוטח והמחייב/ת אישור של וועדת הליסינקי.

1.14. פרסום רשמי - 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. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
 - ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.
 - ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א. NCCN
 - ב. ASCO
 - ג. NICE
 - ד. ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח

- 2.1 מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי או נטילת תרופה עקב מצבו הרפואי של המבוטח עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ו/או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.
- 2.2 מובהר כי אישור מכוח תקנה 29(א)1, 29(א)3, 29(א)4 ו/או 29(א)10 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986 (בין היתר, אישור למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל לחולה ספציפי), יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לשימוש בתרופה והיא תכוסה במסגרת הפוליסה עד 1,500,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 2.3 מובהר כי תרופה שאושרה כתרופת יתום ו/או תרופה שאושרה לטיפול במחלה יתומה באחת המדינות המוכרות ו/או תרופת Off Label תחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח

- 3.1 המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות ובכפוף לאמור בתנאים הכלליים ו/או ישלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, עד תקרת סכום הביטוח המרבי בסך 2,500,000 ₪ לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה, בניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם יועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
 - 3.1.1 במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום של 300 ₪.

3.1.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש.

3.2 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. המבטח יישא כאמור בתשלום מלוא עלות הבדיקות הגנומיות סכום השיפוי יהיה 75% מההוצאה בפועל ועד לסך של 30,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח. יודגש, שכל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא.

3.3 סכום השיפוי המרבי עבור סעיף 2.2 לעיל תהא 1,500,000 ₪ למשך תקופת הביטוח.

3.4 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.

3.5 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי בגין מצב רפואי שהיה קיים טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח נתגלה אצלו מצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.

3.6 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.

3.7 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.

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

4. חריגים

- 4.1 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר מכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.
- 4.2 תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.
- 4.3 טיפול מונע מתחום הרפואה המשלימה (למעט כאשר תוסף המזון ניתן כחלק מתוכנית הטיפול התרופתית) או תרופה לגמילה מעישון.
- 4.4 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

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

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

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

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

תקופת אכשרה .6

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה. (תקופת האכשרה לא רלוונטית עבור המבוטחים הקיימים שעוברים ברצף).

פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הכיסוי הביטוחי

- 1.1. **מקרה הביטוח:** ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעתו של המבוטח לחו"ל.
- 1.2. בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מיידי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. תואם הניתוח מראש על ידי המבטח, לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותואם הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם המבטח, תגמולי הביטוח יוגבלו ל 200% מעלות הניתוח בישראל או במקרה של ניתוח מח 300% מעלות הניתוח בישראל.
- 1.3. **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתלים, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.
- 1.4. **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:
 - 1.4.1. **הוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית של 85,000 ₪. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המתאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
 - 1.4.2. **הוצאות העברה יבשתית בחו"ל:** כיסוי הוצאות עלויות הנסיעה של מבוטח ומלווה לשדה תעופה ולבית החולים ולא יותר 10,000 ₪.
 - 1.4.3. **הוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח כתוצאה מביצוע הניתוח בעת שהותו בחו"ל ובפרק זמן שלא יעלה על 7 ימים מיום שחרורו מבית החולים.
 - 1.4.4. **הוצאות שהייה לאחר הניתוח:** במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח העלה על 7 ימים, החברה תכסה את הוצאות השהייה של המבוטח ומלווה אחד, סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 700 ₪ ליום למבוטח, לתקופה מרבית של 30 יום, ועד 750 ₪ ליום למלווה, ועד 30 ימים.
 - 1.4.4. **הוצאות לאחר אשפוז ממושך:** במקרה ותקופת האשפוז בחו"ל תעלה על 10 ימים רצופים, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות כמפורט להלן שיפוי של 80% מההוצאה בפועל ועד 150 ₪ לטיפול ועד 12

טיפולים, ועד תקרה מרבית של 7,000 ₪ לכל הכיסויים יחד ובתוך 90 ימים לאחר ביצוע הניתוח.
פירוט הכיסויים שלהלן: שיקום הדיבור, ייעוץ דיאטטי, רפוי בעיסוק, טיפולי פיזיותרפיה.

2. חריגים

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

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

3. תקופת אכשרה

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה. (תקופת האכשרה לא רלוונטית עבור המבוטחים הקיימים שעוברים ברצף).

פרק ד - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון (אחידה)

1. הגדרות לפרק זה:

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1 "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
 - 1.2 "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
 - 1.3 "ניתוח" - פעולה פולשנית-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 לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
 - 1.4 "מרפאה כירורגית פרטית" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
 - 1.5 "בית חולים פרטי" - אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.6 "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
 - 1.7 "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.
 - 1.8 "שתל" - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
 - 1.9 "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 או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות עם ספקים שבהסדר של מקרים אלה בלבד:

- בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלאו העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1 **שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח.** נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,500 ש"ח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכנסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;
 - 3.2 **שכר מנתח:** כיסוי מלא עבור נותן שירות בהסכם. שכר מנתח שאינו בהסכם- ישולם למבוטח עד גובה הסכום של מנתח בהסכם כפי שמופיע באתר החברה.
 - 3.3 **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית:** כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
 - 3.4 **טיפול מחליף ניתוח:** כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי ידקק המבוטח לטיפול נוסף.
- במידה והמבוטח הוציא את ההוצאות המפורטות כאמור שלא אצל ספק שירות שבהסדר עם החברה, לא יעלה סכום ההחזר על הסכום המרבי בעד אותו הליך, כפי שמוצג באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו: www.ayalon-ins.co.il.

4. חריגים

- סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 4.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
 - 4.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
 - 4.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
 - 4.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 - 4.5 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.
 - 4.6 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;

- 4.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 4.10 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.

תקופת אכשרה .5

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה. אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים. (תקופת האכשרה לא רלוונטית עבור המבוטחים הקיימים שעוברים ברצף).

פרק דו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה)

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

1. הגדרות:

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1 "בית חולים פרטי" – אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.2 "שתל" – כל אבר, 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;
 - 1.3 "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 לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
 - 1.4 "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.
 - 1.5 "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.
 - 1.6 "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
 - 1.7 "מרפאה כירורגית פרטית" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
 - 1.8 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
 - 1.9 "תוכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון")" - כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.
 - 1.10 "תוכנית השב"ן" - תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.
 - 1.11 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

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

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, או שיפוי עד תקרת ספקים שבהסדר לפי עניין.

3. הכיסוי הביטוחי

- בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1. **שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח.** נותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם -עד 1,500 ₪. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;
 - 3.2. **שכר מנתח;** כיסוי מלא עבור נותן שירות בהסכם.
 - 3.3. **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;** כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
 - 3.4. **טיפול מחליף ניתוח;** וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה, בכתובת: www.ayalon-ins.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. תגמולי הביטוח

- המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המפורטות לעיל שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:
- 4.1. מבטוח יהא זכאי על פי פרק זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר.
 - 4.2. הסכום המקסימלי שהחברה תחוב למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על ההפרש שבין העלויות של המרכיבים המופיעים בסעיף 3 לעיל וההוצאות שהמבוטח קיבל בגינם החזרים מהשב"ן.
 - 4.3. במקרים בהם אין השב"ן מכסה את מקרה הביטוח למבוטח בלבד, בשל הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 5 להלן, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה.
 - 4.4. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 3 בהתאם לקבוע בפרק ד', סעיף 3. הוראות סעיף 5 לא יחולו במקרה זה.

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

5. ברות ביטוח

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

6. חריגים מיוחדים לפרק זה:

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

- 6.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
- 6.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לענין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 6.4.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 6.4.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 6.5. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.6. השתלת איברים; לענין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

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

7. תקופת אכשרה

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה. אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים. (תקופת האכשרה לא רלוונטית עבור המבוטחים הקיימים שעוברים ברצף).

פרק ה - שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. "בדיקות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) בדיקת טומוגרפיה Capsule Wireless (P.E.T), Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל.
- 1.2. "ניתוח גדול" - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. "מוסד החלמה" - מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות.

2. מקרה הביטוח

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

3. שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח

- בקרת מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן:
- 3.1. **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי (2) התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות, ועד לתקרת של 80% מההוצאה בפועל ועד 1,000 ₪ להתייעצות למעט התייעצות עם רופא משפחה, רופא ילדים, רופא נשים שבשגרה.
 - 3.2. **חוות דעת שנייה עם רופא מומחה בארץ או בחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח בגין קבלת חוות דעת שנייה מרופא מומחה מחו"ל עד תקרה של 3,000 ₪ ובגין קבלת חוות דעת שנייה מרופא מומחה בארץ עד לסך של 1,430 ₪ ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח.
 - 3.3. **התייעצות עם רופא מומחה במקרה של גילוי מחלה קשה:** המבטח ישפה את המבוטח עבור הוצאות התייעצות עם רופא מומחה בישראל לצורך קבלת חוות דעת רפואית למבוטח אשר חלה במחלה קשה, שיפוי עד 1,200 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.
 - 3.4. **בדיקות אבחנתיות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 שיפוי של 80% מההוצאה בפועל ועד 11,000 ₪ בגין בדיקות הדמיה לשנת ביטוח ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, המפרטת את הבעיה הרפואית.

3.5. **החלמה לאחר ניתוח גדול:** המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה מוכר בישראל, בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל. המבטח ישתתף במימון עלויות ההחלמה עד 75% מהוצאה בפועל ועד 700 ₪ ליום ועד 14 ימים. ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד ההחלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים.

3.6. **טיפולים ברפואה משלימה:** המבטח ישפה את המבוטח, כנגד קבלות מקוריות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית עבור טיפולי רפואה משלימה כמפורט להלן ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא. תחומי הרפואה המשלימה, עפ"י סעיף זה, הנם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, עיסוי רפואי עקב אשפוז כתוצאה מתאונה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדננקרייז, ביו-פידבק, נטרופתיה, שיטת אלכסנדר, אוסטיאופתיה, פרחי באך, חדר מלח, גלי הלם, דיקור סיני.

מכסת הטיפולים השנתית בסעיף זה הינה עד 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% (אצל מטפלים בעלי רישיון).

3.7. **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, עד 350 ₪ לכל בדיקה עד שלוש בדיקות לתקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4. תקופת אכשרה

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה. (תקופת האכשרה לא רלוונטית עבור המבוטחים הקיימים שעוברים ברצף).

מרכז שירות לקוחות: 1-800-35-2001

בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת"ד 10957
פניות בדוא"ל לשירות לקוחות: mokedbriut@ayalon-ins.co.il

שירותים דיגיטליים לשירותך באתר איילון

www.ayalon-ins.co.il

לשירותך:

מניבימניבim

סוכנות לביטוח פנסיוני בע"מ

מניבים סוכנות לביטוח בע"מ

טלפון משרד ראשי: 08-6909312 | menivim@menivim-ins.co.il

שירי מימון מנהלת קולקטיב שלוחה 307 | shiri@menivim-ins.co.il

שמואל סקרלסקי הצטרפויות ועדיבות שלוחה 609 | shmuel@menivim-ins.co.il

מייצג את:



ארגון הסגל האקדמי הבכיר
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

