<u>פוליסה לביטוח בריאות לחברי קרנות הסוהרים ובני משפחותיהם</u>

<u>פרק א' – הגדרות כלליות</u>

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

1. **הגדרות כלליות**

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:

1.1. **אביזר רפואי:** כל מכשיר או תכשיר לשימוש פנימי או חיצוני, ובלבד שהאביזר רשום באגף אמצעים מתקדמים ומכשירים רפואיים (אמ"ר) במשרד הבריאות, אשר מיועד במישרין אך ורק ל: אבחון, ניטור, הקלה, או שיקום או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פיאה נוכרית לחולה אונקולוגי.

1.2. **אח/אחות**: אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.

1.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות**: בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה –אולטרסאונד (*U.S*), טומוגרפיה ממוחשבת (*C.T*), בדיקת תהודה מגנטית (*M.R.I*) מכל סוג שהוא, מיפוי, *PET*, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מומחה מטעם המבוטח על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות גנטיות, בדיקות אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חוו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מומלץ לבצען בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו'). **יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא, בדיקות אבחנתיות להתפתחות הילד/ קשב וריכוז. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר מנהלים, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.**

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

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

1.6. **בית חולים ציבורי** : מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי.

1.7. **בית חולים פרטי** – אחד מאלה :

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

1.7.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.8. **בית חולים בהסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.5 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח.

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

1.10. **בעל הפוליסה** : **עמותת קרנות הסוהרים.**

1.11. **גיל המבוטח** : גיל המבוטח ייחשב לפי האחד בחודש בו חל יום הולדתו. לצורך קביעת זכויות המבוטח ייקבע גילו לפי תאריך הלידה ביום הולדתו.

1.12. **גמלאי** : מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת, או שמשולמת לו אחת מאלה :

(1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו.

(2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

1.13. **דמי הביטוח (פרמיה)** : הסכום שבעל הפוליסה ו/או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בהסכם הביטוח.

1.14. **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה וכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.

1.15. **המבוטח** : חבר אצל בעל הפוליסה (לרבות עובד בחל"ת כל עוד נחשב כעובד) ובן/ת זוגו, ילדיהם, נכדיו אשר הצטרפו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים. יובהר כי נכדי החבר יצורפו לביטוח בתנאי ששני הוריו מבוטחים.

1.16. **המבטח או החברה** : הראל חברה לביטוח בע"מ.

1.17. **הסכם הביטוח** : הסכם שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת ביטוח בריאות קבוצתי עבור המבוטחים, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים או שיצורפו להסכם בעתיד, בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה.

1.18. **הסכם ביטוח קודם:** הסכם ביטוח בריאות קבוצתי בין בעל הפוליסה להראל חברה לביטוח שהסתיים ב-30.6.2026.

1.19. **הפוליסה** : חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה.

1.20. **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות המבטח לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר שהמבוטח שילם את ההשתתפות העצמית, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה שצוינה השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.

1.21. **ועדת הלסינקי :** ועדה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ״א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהם.

1.22. **חבר** : משרת או גמלאי של שירות בתי הסוהר שהינו חבר אצל בעל הפוליסה.

1.23. **חו״ל** : כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרזו ע״י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ״י חוק.

1.24. **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח, לעריכת הניתוח הרלוונטי.

1.25. **חוק הביטוח** : חוק חוזה הביטוח, התשמ״א – 1981.

1.26. **חוק הבריאות** : חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ״ד – 1994.

1.27. **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.

1.28. **טיפול בכאב:** טיפולים לצורך הקלה בכאב, או טיפולים בסימפטומים של מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבוטח, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות:באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, השתלת קוצב או משאבה, טיפול בתא לחץ, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ״י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

1.29. **טיפול ניסיוני** : טיפול רפואי המבוצע למטרות מחקר או מבוצע באמצעות טכנולוגיות רפואיות שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו, לרבות טיפול רפואי שלצורך ביצועו נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומם. לעניין זה : ״ועדת הלנסקי עליונה״ – כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ״א 1980.

1.30. **טכנולוגיות רפואיות מתקדמות** : פרוצדורות רפואיות אבחוניות וטיפוליות, וכן שימוש באביזרים רפואיים, חומרים, שתלים, אביזרים מושתלים ושימוש במכשירים רפואיים לצורך אבחון, או לצורך ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, או טיפול בסימפטומים של כל אחד מאלה, לרבות טיפול בכאב או לצורך שיפור התפקוד היום יומי של המבוטח. מבלי לגרוע בכלליות האמור, במסגרת טכנולוגיות מתקדמות יכללו בין השאר שימוש באמצעי הדמיה לצורך תכנון וביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ביצוע ניתוח באמצעות רובוט טיפולי, טיפול באמצעות גלי הלם או קרינה מכל סוג, חיצוני או פנימי, הזרקת חומר מטרש או טיפול באמצעות תא לחץ המופעל במרכז רפואי מאושר ע״י הרשויות המוסמכות בישראל. (רפואה היפרברית).

1.31. **טיפול שיקומי** : כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע״י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

1.32. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה למשך 16 שעות ברציפות במחלקה בבית חולים שאינה חדר מיון, או שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.

1.33. **יועץ הביטוח:** מי שבעל הפוליסה מינה כיועץ ביטוח לליווי בעל הפוליסה בכל ענייני הביטוח ולייצוגו מול המבטח, ובמועד החתימה על ההסכם ש. לוטינגר ושות׳ בע״מ.

1.34. **ילדים** : ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ״י חוק.

1.35. **ילד בוגר:** ילד של חבר שמלאו לו 24 שנה.

1.36. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.

1.37. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח

1.38. **מדד בסיס:** המדד הידוע במועד תחילת הסכם הביטוח

1.39. **מוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח על פי דין.

1.40. **מחלה:** מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם או כשל תפקודי של הגוף.

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

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

1.43. **מועד קרות מקרה הביטוח** : המועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי המצוי ברשות המבטח, אירע מקרה הביטוח.

1.44. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.

1.45. **נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.

1.46. **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 ;

1.47. **מצב רפואי:** כל מצב גופני או נפשי, לרבות מחלה, פגיעה, ליקוי או הפרעה, מוגבלות בתפקוד הפיזיולוגי או הנפשי אשר משפיעים או עשויים להשפיע על בריאותו, תפקודו או איכות חייו של המבוטח, וניתן לו ביטוי קליני, מעבדתי, או תיעוד רפואי אחר.

1.48. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבותו או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר הגורם העיקרי וללא תלות בגורם אחר הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

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

1.50. **עובד סוציאלי** : מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996.

1.51. **פסיכולוג** : אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977.

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

1.53. **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.

1.54. **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. איבר מושתל כהגדרתו בס' 1.1 אשר בפרק ד' לא ייחשב לשתל על פי הגדרה זו.

1.55. **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

1.56. **רופא מומחה בכיר** : רופא מומחה מנהל או סגן מנהל מחלקה או יחידה בבית חולים או מי שמילא תפקיד זה בעבר, או רופא מומחה הנושא תואר פרופסור.

1.57. **רופא מרדים** : רופא שהוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.

1.58. **צירוף אוטומטי:** צירוף אובליגטורי של מבוטחים לפוליסה ע"י בעל הפוליסה ללא אישור מפורש מאת המבוטח, ברצף ביטוחי מלא. צירוף אוטומטי של המבוטחים יחול במעבר בין הסכם הביטוח הקודם להסכם ביטוח זה.

צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבו הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד הצטרפותו לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.

1.59. **צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).

1.60. **רצף ביטוחי מלא** : מעבר בין הביטוח עפ"י הסכם הביטוח הקודם לביטוח על פי פוליסה זו, או מעבר בין הביטוח על פי פוליסה זו לביטוח בריאות אחר המחליף פוליסה זו. המעבר בין תוכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם.

1.61. **שב"ן:** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד - 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.

1.62. **שנת ביטוח** : תקופה בת 12 חודשים רצופים. תחילתה של השנה הראשונה במועד תחילת הסכם הביטוח, ואשר תימשך כל פעם לתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם.

1.63. **תאונה** : אירוע פתאומי, שלא תוכנן על ידי המבוטח וגרם לו נזק אשר מכוסה בפוליסה, **למעט נזק שנגרם כתוצאה ישירה ממחלה. מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.**

1.64. **תאריך תחילת הסכם הביטוח**:1.7.2026.

1.65. **תאריך תחילת הביטוח (תאריך הצטרפות, תוקף הביטוח):** תאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח הינו התאריך הקבוע בדף פרטי הביטוח. מבלי לפגוע באמור, ייקבע תאריך תחילת הביטוח כדלקמן:

א. תאריך תחילת הביטוח לגבי מבוטחים שהיו כלולים בהסכם הביטוח הקודם עובר ל 30.6.2026, יחול ב 1.7.2026.

ב. אם צירופו של המבוטח לביטוח מותנה במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח, האחד לחודש העוקב בו המבטח אישר את צירופו של המבוטח לביטוח.

ג. אם צירוף המבוטח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד בחודש העוקב בו התקבלה בקשת ההצטרפות במשרדי המבטח.

1.66. **תקופת אכשרה**: תקופת זמן רצופה, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תיחשב כתקופה רציפה אחת. לפיכך, יובהר למעלה מכל ספק כי תקופת אכשרה לא תחול על כל המבוטחים שהיו מבוטחים במועד תם הסכם הביטוח הקודם.

1.67. **תקופת ביטוח:** תקופה שתחילתה במועד תחילת תוקף הביטוח של המבוטח (מועד צירופו לביטוח), ומסתיימת במועד תום תקופת הסכם הביטוח. אם הסכם הביטוח יחודש לתקופה נוספת, תקופת הביטוח הנוספת, תחשב כתקופת ביטוח חדשה, וזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח תקום מחדש. למען הסר ספק יובהר כי אם תקופת הביטוח תוארך לתקופה נוספת של עד 3 חודשים, תחשב תקופת הארכה כאותה תקופת ביטוח, אולם המבוטח יהיה זכאי למכסות טיפולים נוספות הקבועות בפרקים ט' ו- י', באופן יחסי לתקופת הארכה.

1.68. **תקופת הצטרפות**: תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי המבוטח להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, כמפורט להלן:

לגבי חבר חדש ובן/ת זוגו וילדיו - תחול תקופת ההצטרפות מהמועד בו החלה חברותו אצל בעל הפוליסה.

לגבי בן/ת זוג שנישא/ה לחבר מבוטח - תחול תקופת ההצטרפות במועד הנישואין או במועד בו הוכר/ה כידוע/ה בציבור של החבר/ה.

לגבי ילד שנולד לחבר מבוטח - תקופת הצטרפות בת 180 ימים ותחל במועד היוולדו.

1.69. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי**: תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.

1.70. **תקרת כיסוי**: הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד, ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

<u>פרק ב' – חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים</u>

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:

1.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח.

1.2 מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבוטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופות האכשרה.

1.3 מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות.

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

3. סייג בשל מצב רפואי קודם:

3.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

3.2 חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כל המבוטחים שהיו כלולים בפוליסה במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם נכון ל-30.6.2026.

3.3 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק ט'- יעוץ, בדיקות ואבחון מהיר, וכאמור בפרק י"א'- טיפולי שיקום טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, יעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופות האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין. אלא אם נקבע במפורש אחרת בתנאי הפוליסה.

3.4 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על מבוטח הנדרש למלא שאלון רפואי. במקרה כזה יחולו תנאי החיתום שנקבעו ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. סייג לחבות המבטח או הגבלת חבותו לגבי היקף הכיסוי הביטוחי, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

3.5 דחה המבטח תביעתו של מבוטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.

4. סייג בדבר אחריות המבטח לבחירת נותן השירות וטיב השירות הרפואי

מובהר ומוצהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים, לרבות לגבי נותן שירות אשר בהסכם עם המבטח.

פרק ג' – תנאים כלליים

1. מהות הביטוח

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על חברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, שהצטרפו לביטוח על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן.

2. חובת בעל פוליסה בהתאם לסעיף 3 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

2.1. לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט, והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

2.2. בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי תקנות לביטוח בריאות קבוצתי.

3. תקופת הסכם הביטוח

3.1. תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ- 1.7.2026 ועד 30.6.2031. הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בת 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים.

3.2. הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח, במועד תחילת תקופת הביטוח ובכל תקופת חידוש ככל שתהיה, יקומו מחדש כאילו הצטרף המבוטח לביטוח לראשונה.

3.3. בתום תקופת הביטוח תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להורות למבטח על הארכת תקופת הביטוח לתקופה נוספת של עד 90 יום, לצורך בחינת חידוש הסכם הביטוח. תנאי הביטוח בתקופת הארכה יהיו זהים לתנאים הקבועים בפוליסה זו.

3.4. למרות האמור לעיל, בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת ומכל סיבה שהיא, בהודעה בכתב אשר תינתן למבטח לפחות 90 יום מראש, בכפוף למעבר קבוצת המבוטחים למבטח אחר זאת מבלי צורך לנמק, ומבלי שתהיה למבטח זכות לפיצוי כלשהו עקב הפסקת ההסכם כאמור. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו 90 יום מהמועד בו נשלחה הודעת הביטול כאמור.

3.5. למען הסר ספק, מובהר כי גם אם הובא הסכם זה לידי סיום מכל סיבה שהיא, ימשיך המבטח להעניק שירותי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה ועל פי כל דין למבוטחים. לדוגמה ומבלי לגרוע מכלליות האמור: המשך תשלומי גמלאות, או תשלומים בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח וטרם שולמו.

3.6. אם יפחת מספר המבוטחים בקבוצה מ- 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. דמי הביטוח

4.1. דמי הביטוח החודשיים, נכון למדד חודש יולי 2026, אשר פורסם ב 15.6.2026 יהיו כדלקמן:

גיל המבוטח	פרמיה חודשית על פי מסלול ניתוחים מהשקל הראשון	פרמיה חודשית על פי מסלול משלים שב"ן
0-20*	43.01	38.75
21-30	110.72	102.20
31-40	120.65	113.56
41-50	163.24	153.30
51-55	170.33	156.14
56-60	191.63	177.43
61-65	205.82	191.63
66+	205.82	191.63

* התשלום עבור 3 ילדים של חבר- מבוטח, החל מהילד הרביעי ללא תוספת פרמיה.

4.2. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת) לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 41 ביום 10.01.2027 דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2027 לפי דמי הביטוח של גיל 41.)

4.3. דמי הביטוח (הפרמיות) החודשיים בשקלים חדשים עבור כל מבוטח, מצוינים בדף גילוי נאות ו/או בדף פרטי הביטוח, והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג. דמי הביטוח הינם עפ"י מדד הידוע מועד תחילת הסכם הביטוח, ויהיו צמודים למדד.

4.4. **התאמת פרמיה**

4.4.1. לאחר 24 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח, וכעבור 24 חודשים נוספים (מועדי עריכת החשבון") יהא רשאי המבטח להתאים את סכום דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם, וזאת על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה הקבועה בהסכם הביטוח.

4.4.2. אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח.

4.4.3. לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו במועד עריכת החשבון למעט הצמדתן למדד.

4.5. **קביעת דמי הביטוח בהתאם לסעיף 5 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**

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

(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או בהרחבתה.

(3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

(4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

(5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

4.6. על אף האמור בסעיף 4.5, הממונה על הביטוח רשאי לאשר למבטח כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים

5. הצטרפות לביטוח

5.1. **הצטרפות המבוטחים שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם**

כל המבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת ביטוח בריאות הקבוצתי הקודם, נכון ל- 30.6.2026, יצורפו לביטוח זה באופן אוטומטי ובכפוף להוראות והתנאים הקבועים בפרק זה.

5.2. **הצטרפות חברים ובני משפחתם שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם**

5.2.1. **חלון הזדמנויות**

חברים משרתים בשירות בתי הסוהר בני/ות זוגם וילדיהם עד גיל 24 שנה שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות והליך חיתומי, ובתנאי שהם הגישו בשמם ובשם בני משפחתם בקשת הצטרפות תוך 90 ימים מתחילת תוקף הסכם הביטוח ("חלון הזדמנויות"). על מבוטחים אלה יחול סייג בגין מצב רפואי קודם, ויחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל סעיף או פרק בפוליסה, לפי העניין. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם.

5.2.2. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, מבוטחים אלה שיבקשו להצטרף לביטוח זה במהלך חלון ההזדמנויות ובמועד הצטרפותם לביטוח מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר אצל המבטח או מבטח אחר, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים הדומים להם היו זכאים אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הקודם, ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם, ובקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תום תוקף הביטוח הקודם. לגבי כיסויים ביטוחיים שלא נכללו בביטוח הקודם, יהיו חייבים המצטרפים לביטוח זה במילוי הצהרת בריאות המצורפת לפוליסה זו. כמו כן כיסויי ביטוח שלא נכללו בביטוח הקודם ייכנסו לתוקפם בחלוף תקופות אכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.2.3. חברים, בני זוגם, וילדיהם, שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם, נכון ל- 30.6.2026, ולא הצטרפו במהלך תקופת "חלון ההזדמנויות" כמצוין בסעיף 5.2.1 לעיל, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.2.4. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, מבוטחים אלה שיבקשו להצטרף לביטוח זה, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר אצל המבטח, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים הדומים להם היו זכאים אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הקודם, ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם, ובקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תום תוקף הביטוח הקודם. לגבי כיסויים ביטוחיים שלא נכללו בביטוח הקודם, יהיו חייבים המצטרפים

לביטוח זה במילוי הצהרת בריאות המצורפת לפוליסה זו. כמו כן כיסויי ביטוח שלא נכללו בביטוח הקודם ייכנסו לתוקפם בחלוף תקופות אכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.3. **הצטרפות חברים חדשים ובני משפחתם**

5.3.1. חברים חדשים שיתחילו את חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח ולצרף את בני/ת זוגם וילדיהם עד גיל 24 לביטוח זה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ובתנאי שהגישו בקשת הצטרפות עבורם ועבור עבור בני המשפחה תוך 90 ימים ממועד תחילת שירותם בשירות בתי הסוהר. על מבוטחים אלה (החבר ובני משפחתו) יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 3 לפרק ב' - חריגים כלליים, ויחולו תקופות אכשרה. הביטוח עבורם יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו הוגשה בקשת ההצטרפות.

למרות האמור, חברים כאמור שגילם בעת ההצטרפות לביטוח מתחת לגיל 30 שנה (לא כולל) יהיו זכאים להצטרף לביטוח , ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ובתנאי שהגישו בקשת הצטרפות עבורם ועבור עבור בני המשפחה תוך 90 ימים ממועד תחילת שירותם בשירות בתי הסוהר. על מבוטחים אלה (החבר) לא יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 3 לפרק ב' - חריגים כלליים, ולא יחולו תקופות אכשרה. הביטוח עבורם יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו הוגשה בקשת ההצטרפות.

5.3.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד תחילת עבודתם), הצטרפות חבר ובני המשפחה מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.4. **צירוף ילדים בוגרים**

ילדי חברים שמלאו להם 24 שנים יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועים בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

5.5. **צירוף בן/בת זוג חדש**

5.5.1. בן/בת זוג אשר ת/ינשא לחבר מבוטח, וילדיו/ה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של החבר (בהתאם להצהרת החבר). ההצטרפות מותנית במילוי טופס הצטרפות, ללא מילוי הצהרת בריאות. יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 3 לפרק ב' - חריגים כלליים, ויחולו תקופות אכשרה. הביטוח עבורם יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו הוגשה בקשת ההצטרפות.

5.5.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור כאמור), הצטרפות בן/ת זוג מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.6. **צירוף תינוק לביטוח**

5.6.1. תינוק של מבוטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך 180 ימים מיום היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד היוולדו.

5.6.2. בחלוף תקופה זו (180 יום מיום היוולדו), הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.7. **צירוף ילד מאומץ**

5.7.1. ילד מאומץ של מבוטח, שתוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 90 יום מיום האימוץ, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי ויחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 3 לפרק ב' - חריגים כלליים, ויחולו תקופות אכשרה, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד בו הוכר כילדו של העובד על פי חוק.

5.7.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד האימוץ כחוק), הצטרפות הילד המאומץ מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.8. **פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית**

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. זכאותם לתגמולי ביטוח תקום לאחר תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.9. **תשובת המבטח לבקשת הצטרפות**

5.9.1. המבטח ישיב לבקשת ההצטרפות תוך 30 ימים מהיום בו התקבלו במשרדיו הבקשה וכל המסמכים הדרושים לבחינת תנאי ההצטרפות.

5.10. **צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט**

5.10.1. מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

1. במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים.
2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.
3. לא יצרף המבטח מבוטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד, 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 ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

5.10.2. סעיף 5.10.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

5.10.3. תקנת המשנה כאמור בסעיף 5.10.1 לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים במועד חידושה.
2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי מלא לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש, ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד.
3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים הפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי"- פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה:

(א) ניתוחים.

(ב) תרופות.

(ג) השתלות.

(ד) מחלות קשות.

(ה) שיניים.

(ו) תאונות אישיות

5.11. **מתן מסמכים למבוטח - בהתאם לסעיף 6 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**

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

5.11.2. על אף האמור בסעיף 5.11.1 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.

5.11.3. דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:

(1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח.

(2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה.

(3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח.

(4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה.

(5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;
(6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

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

5.11.5. 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.

5.12. **מתן הודעות למבוטח בהתאם לסעיף 7 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**

5.12.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח 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 בסעיף 5.10 או סעיף 4.5, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח, ובהיעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 5.10.2(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.

5.12.1.1. 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.

5.12.1.2. 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 ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

5.12.1.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 15.3 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.

5.12.2. 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.

5.13. **תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות**

5.13.1. 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 30 יום מיום

קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח 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.

5.13.2. אירע 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 אצל המבטח 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.

5.13.3. מובהר כי סעיף זה לא יחול על מבוטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

5.13.4. אין באמור כדי למנוע מהמבטח לבקש מבעל הפוליסה אישור לפיו המועמד לביטוח זכאי להצטרף לביטוח הקבוצתי על פי פוליסה זו.

5.14. **מבוטח שהצטרף לביטוח בנסיבות המחייבות מילוי הצהרת בריאות, יחתום על הצהרה בדבר ויתור על סודיות רפואית. המבטח זכאי בשלב בחינת תנאי ההצטרפות, לפנות לכל גורם לגביו ניתן הוויתור לקבלת מידע אודות מצבו הרפואי של המבוטח.**

6. תביעות

6.1. **הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח**

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.

6.2. **בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח**

(א) משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.

(ב) על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.

6.3. מבלי לגרוע מזכאותו של המבוטח על פי תנאי הפוליסה ועל פי כל דין, המבוטח רשאי לפנות למבטח לקבלת אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול. למען הסדר הטוב יודגש כי האישור המוקדם נועד כדי לידע את המבוטח לגבי הטיפולים המכוסים בפוליסה, סך השתתפות המבטח בגין הטיפול, והאם נותן השירות מאושר לבצע את הטיפול המבוקש.

6.4. **יודגש כי במקרי ביטוח הבאים: השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, הוצאות רפואיות מיוחדות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, ותרופות שלא בסל הבריאות, טכנולוגיות רפואיות, יפנה המבוטח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור היא תנאי מהותי לאחריות המבטח.**

6.5. אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, כמתחייב בסעיף 6.4 לעיל, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי והכל בכפוף לתנאי הכיסוי בפוליסה והוראות הדין.

6.6. **למרות האמור בס' 6.4 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו עפ"י פוליסה זו, ובסכום חבות המבטח אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח. ובכפוף להוראות הדין**

6.7. יובהר למעלה מכל ספק כי המבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא או המטפל, ולא ייתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.

6.8. **זמני טיפול בתביעה**

6.8.1. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

6.8.2. עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, ישלחו הודעת SMS או מייל המעדכנים את המבוטח על הגעת המסמכים והזמן המשוער הנדרש לסילוק התביעה

6.8.3. המבטח יבדוק את המסמכים הרפואיים שיגיש המבוטח בכל הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו, ויסייע למבוטח למצות את מלוא זכויותיו בכל הכיסויים אשר בפוליסת הביטוח.

6.8.4. אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לברור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, תפנה המבטח למבוטח, תעדכנו לגבי המסמכים החסרים, ותדריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.

6.8.5. המבטח ישיב למבוטח תוך 21 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

6.9. **הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח**

(א) לא קויימה חובה לפי סעיף 6.1 או לפי סעיף 6.2(ב) במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קויימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

(1) החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות;

(2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

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

7. תגמולי ביטוח

7.1. **מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פוליסה זו.**

7.2. **תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח**

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

7.2.1. **התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם**

7.2.1.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית, בניכוי השתתפות השב"ן לו זכאי המבוטח לפי העניין.

7.2.1.2. כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 21 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.

7.2.1.3. במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

7.2.2. **השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם**

7.2.2.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלמם למבוטח כנגד מסמכים המאשרים את ביצוע התשלום לנותן השירות. במקרים בהם נבצר מהמבוטח לממן את השירות הרפואי ולקבלו במועד, ועקב כך ישנה סכנה לחייו להחמרה משמעותית במצב בריאותו, יסדיר המבטח הקדמת התשלום למבוטח טרם קבלת השירות הרפואי.

7.2.2.2. המבוטח ימסור למבטח את כל הקבלות (מקור/ העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים למבטח לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או באיזור האישי.

7.2.2.3. המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

7.2.2.4. תגמולי הביטוח ישולמו תוך 21 ימי עבודה ממועד קבלת המסמכים הנוגעים לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.

7.2.2.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור, יובהר כי בהתאם לקבוע בפרק ז' וז'(1), חבות המבטח לתשלום תגמולי ביטוח , בגין ביצוע ניתוחים בישראל, מותנית כי הניתוח בוצע באמצעות נותן שירות שבהסדר ניתוחים עם המבטח או השב"ן בו הוא חבר.

7.3. **טיפולים רפואיים בחו"ל**

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

7.4. **פטירת מבוטח**

נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהיעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה, ככל שמחויב המבטח בכל אחד מפרקי הפוליסה, למשפחתו של המבוטח.

7.5. **יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.**

7.6. **זכאות במהלך שירות צבאי סדיר**

הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

8. **ערעור על החלטת המבטח**

8.1. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר.

8.2. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

8.3. החלטת הוועדה תתקבל מרוב קולות חבריה.

8.4. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

8.5. ועדת הערר תורכב מ- 4 נציגים כדלקמן: 2 נציגים מטעם המבטח, ו- 2 נציגים מטעם בעל הפוליסה.

8.6. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מהיום בו הוגשה אליה תביעה.

8.7. אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, תנהג הוועדה כדלקמן: הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין רפואי ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה. ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת (להלן בסעיף זה: "המומחה"). לא הגיעו חברי הוועדה להסכמה לגבי המומחה, יועץ הביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת המומחה, לפי העניין. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.

8.8. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תיחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.

8.9. למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

9. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

9.1. אם בגין מקרה הביטוח הייתה למבוטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.

9.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.

9.3. בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.

9.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

10. כפל ביטוח -בהתאם לסעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

10.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה זו, 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.

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

11. הצמדה

11.1. סכומי הביטוח הקובעים, וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או המבוטח, לפי העניין, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.

11.2. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.

11.3. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

12. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

12.1. המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הסכם הביטוח הקבוצתי במהלך תקופת הביטוח. למרות האמור המבטח רשאי לבטל את הביטוח למבוטח מסוים על פי התנאים הקבועים בחוק חוזה הביטוח.

12.2. אם לא שולמו דמי הביטוח או חלקם, ולא שולמו תוך 15 ימים לאחר שהמבטח דרש מן המבוטח בכתב לשלמם, רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב כי הביטוח עבורו יתבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.

12.3. מבלי לגרוע מכל סעד או זכות אחרת העומדים למבטח על פי כל דין, במקרה של אי תשלום פרמיה ע"י מבוטח, המבטח יהיה זכאי לעכב כל תשלום ו/או טיפול במבוטח

13. **ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה**

מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח בהסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה אצל המבטח לגבי כל המבוטחים, ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי לכלל המבוטחים אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח.

14. **ביטול הפוליסה ע"י המבוטח**

14.1. מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של המבוטח, המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.

14.2. **יובהר כי ביטול הפוליסה של החבר המבוטח יהווה גם ביטול הפוליסה של בני משפחתו המבוטחים. ביטול הפוליסה עבור מי מבני המשפחה לא יהווה ביטול הביטוח של החבר.**

14.3. **יובהר למעלה מכל ספק כי בנסיבות בהן המבוטח ביטל את הפוליסה עבורו ו/או עבור בני משפחתו, לא יחולו לגביהם תנאי ההמשכיות במסגרת פוליסה פרטית כמפורט בסעיף 15 או 17 להלן.**

15. **ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים - בהתאם לסעיף 8 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**

15.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 5.2.2, והודיע המבוטח בכתב 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 שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

15.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בס' 5.2 או בס' 4.5 לעיל, 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 בסעיף 5.2.2(2). לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש ובכתב לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

15.3. על אף האמור בסעיף 16.5 ובנוסף לאמור בסעיף 17.2, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה 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, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

16. **תום הביטוח ו/או הפסקתו**

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

16.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה.

16.1.2. היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את חברותו אצל בעל הפוליסה.

16.2. לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה במשרדי המבטח בקשת המבוטח להפסיק את הביטוח.

16.3. לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג – היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטח, על סמך הודעה בכתב של המבוטח, על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.

16.4. מות המבוטח.

16.5. **תום תקופת הביטוח בהתאם לסעיף 9ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט**

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 16.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

17. **המשכיות**

17.1. **סיום ההסכם או ביטולו**

17.1.1. עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבטח, וההסכם לא חודש, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל המבוטחים או לחלק מהם, יהיו רשאים המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים אך לא זהים, או כיסויים פחותים, לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

17.1.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 15% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי ובתנאי שיסדיר את המשך הביטוח ישירות מול חברת הביטוח.

17.1.3. המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

17.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים או פחותים מהכלול בפוליסה זו.

17.1.5. מובהר בזאת כי האמור בס"ק 17.1.2 מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים או פחותים מאלה בהם היה מבוטח על פי פוליסה זו, ואשר מוצעים באותה עת ע"י המבטח לכלל האוכלוסייה. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

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

17.1.7. יובהר בזאת כי המבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.

17.2. **המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה**

17.2.1. מבוטח שסיים את חברותו אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לבחור לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא.

17.2.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 15% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי ובתנאי שיסדיר את המשך הביטוח ישירות מול חברת הביטוח.

17.2.3. עם היוודע למבטח על סיום חברותו של המבוטח, יודיע בכתב למבוטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח. הודעה כאמור תכלול הסבר ברור לגבי האפשרות להמשך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים או פחותים.

17.2.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה מיום סיום חברותו של המבוטח אצל בעל הפוליסה.

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

17.3. **המשכיות הביטוח במקרה של גירושין**

17.3.1. בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר-מבוטח עקב גירושין, יהיה זכאי הגרוש/ה לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי, ברצף ביטוחי מלא.

17.3.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 15% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי ובתנאי שיסדיר את המשך הביטוח ישירות מול חברת הביטוח.

17.4. **המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת חבר**

מובהר כי שאיריו של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו, עד תום תקופת ההסכם, ודמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים וזאת בתנאי שיסדירו את המשך התשלום באמצעות אמצעי גביה אישי בתוך 90 יום מיום פטירת החבר.

17.5. **יובהר מעל לכל ספק כי מבוטח שביטל את הפוליסה מיוזמתו, לא יהיה זכאי לתנאי ההמשכיות המצוינים לעיל.**

17.6. **זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד**

חבר שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח על פי תנאי פוליסה זו למשך תקופת החופשה, בתעריף הנהוג לכלל מבוטחים.

18. **שינויים בפוליסה**

18.1. בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.

18.2. לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, וזאת בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה, ובתנאי שערך הסדר ביטוח חלופי לכלל המבוטחים עבור יתרת תקופת הביטוח.

18.3. אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 5.11 לעיל, לפי העניין.

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

חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אף אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבוטח בחו"ל, ולמעט: השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח, אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל ולמעט הקבוע בכל פרק מפרקי הפוליסה יובהר מעבר לכל ספק אפשרי כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

20. **התיישנות**

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

21. **חוק הביטוח**

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

22. **הודעות**

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום או ע"י דואר אלקטרוני באמצעות אתר החברה באזור הידע האישי. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

23. **מקום שיפוט**

בתביעות שבין המבוטחים למבטח, מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מפוליסה זו יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

24. **פרשנות**

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי יחולו אותן הוראות וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מרב החבויות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הפוליסה על נספחיה יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כבאות לגרוע מהן.

<u>פרק ד'- השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל</u>

1. הגדרות

1.1 **השתלה:** השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות כמפורט באחד מהסעיפים 1.1.1-1.1.3:

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד;

1.1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם. בנוסף, או איבר מלאכותי (איבר מכאני- לא חי), ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים, במקומם.

1.1.3 השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו;

1.2 **טיפול חלופי בישראל**: טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת באמצעות טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.

1.3 **טיפול מיוחד מחוץ לישראל:** טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח, שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו, ומתקיים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים המפורטים בסעיפים 1.3.1-1.3.5:

1.3.1 שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד.

1.3.2 הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח, ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו;

1.3.3 זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג, ארוך באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח;

1.3.4 סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל;

1.3.5 **בנוסף,** טיפול אשר נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.

1.3.6 **בנוסף,** אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% על פי המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.

1.3.7 **בנוסף,** טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ורופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח המליץ לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.

לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול, יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל, מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל, במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.

1.4 **רופא מומחה בישראל:** רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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;

1.5 **תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לפרק זה בפוליסה והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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 מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3. כיסוי ביטוחי

פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1. **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בס' 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בס' 4.2, וכן פיצוי כמפורט בס' 4.3.

3.2. **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בס' 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בס' 4.2, וכן פיצוי כמפורט בס' 4.3, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

3.2.1. עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בס' 1.1.2-1.1.1 – עד 5,000,000 ₪;

3.2.2. עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בס' 1.1.3– עד 200,000 ₪.

3.2.3. **מסלול חלופי** - פיצוי במקרה של צורך בביצוע השתלה.

המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי לס' 3.2.1 - מסלול המקנה פיצוי חד פעמי מיוחד במקרה שמצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה כהגדרתה בס' 1.1.2-1.1.1 לעיל.

3.2.3.1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 413,000 ₪ בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע ההשתלה, ובתנאי מפורש שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה. במידה ואין אישור של המרכז הלאומי להשתלות על המבוטח להעביר המלצה מ2 רופאים מומחים בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה.

3.2.3.2. על אף האמור לעיל, פיצוי זה לא יחול על השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר.

3.2.3.3. **<u>למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיפים 4.1 ו- 4.2 ו 4.3.3 להלן.</u>**

3.3. **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם**

כיסוי מלא להוצאות המפורטות בס' 4.1.2 עד 4.1.7, וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בס' 4.2.2 עד 4.2.7.

3.4. **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם**

כיסוי מלא להוצאות המפורטות בס' 4.1.2 עד 4.1.7, וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בס' 4.2.2 עד 4.2.7, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,475,000 ₪ .

4. התחייבות המבטח

יובהר כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

4.1. בקרות מקרה הביטוח המבטח ישלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות המפורטות להלן – שיפוי מלא, בכפוף להוראות ולתקרות סכומי הביטוח המפורטים בס' 3.1 – 3.4 לעיל ולמעט במקרה של תשלום לפי סעיף 3.2.3 :

4.1.1. הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ;

4.1.2. הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ;

4.1.3. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל ;

4.1.4. הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל ;

4.1.5. הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה ;

4.1.6. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל ;

4.1.7. הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ ;

4.2. להוצאות המפורטות להלן – שיפוי לפי תקרות הסכומים המופיעות לצדן, ובכפוף לס' 3.1-3.4 לעיל:

4.2.1. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל - עד 300,000 ₪ ;

4.2.2. הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 ₪ ;

4.2.3. הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ₪ ;

4.2.4. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪ ; על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא ;

4.2.5. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים ;

בנוסף, הוצאות שהייה כמפורט לעיל, יכוסו גם לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית על פי חוות דעתו של הרופא המטפל. יובהר כי במסגרת זו לא יהיה כיסוי במקרה של צורך במעקב רפואי שניתן לבצעו בישראל ואינו מסכן את חיוו של המבוטח.

4.2.6. הוצאות לטיפולי המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל- עד 250,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל ;

4.2.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪ ;

4.3. להוצאות המפורטות להלן – פיצוי לפי הסכומים המופיעים לצידן, ובכפוף להוראות ס' 3.1 - 3.4 לעיל ולמעט במקרה של תשלום לפי סעיף 3.2.3 :

4.3.1. קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו – 4,500 ₪ ; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים ; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה ;

4.3.2. גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 7,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים ; גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.

בנוסף, גמלת החלמה חדשית לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל -מבוטח מעל גיל 21 יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 3,500 ₪ לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, למשך 6 חודשים. מבוטח שבמועד קבלת הטיפול נמוך מ 21 שנים יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך של 1,750 ₪ .

4.3.3. השתלה שבוצעה מחוץ לישראל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ ;

יובהר כי מבוטח אשר בחר במסלול פיצוי החליפי על פי סעיף 3.2.3, לא יהא זכאי לפיצוי על פי סעיף זה.

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים.

6. חריגים

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל מחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

6.1. **מקרה ביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה;**

6.2. **מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.**

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

6.4. **מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;**

6.5. **השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל 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;**

6.6. **השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה;**

6.7. **מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;**

6.8. **טיפולי רפואה משלימה;**

6.9. **טיפולים נפשיים;**

6.10. **לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל:**

6.10.1. **טיפול מיוחד מסיבה של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;**

6.10.2. **טיפול שיניים או חניכיים.**

פרק ה' – תרופות שלא בסל הבריאות

1. הגדרות

1.1 "בדיקה גנטית" - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל הבריאות.

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

1.3 "מדינות מוכרות" - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

1.4 "מרשם" - מסמך רפואי חתום ע"י רופא מומחה או רופא בית חולים, עפ"י בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.

1.5 "סל שירותי הבריאות" - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריהן, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחוייבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.

1.6 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

1.7 "רופא מומחה בכיר" - רופא מומחה המועסק ע"י בית חולים בישראל בדרגת סגן מנהל המחלקה ומעלה.

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

1.9 המחיר המירבי המאושר לתרופה – הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

1.10 "תרופה" - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

1.11 "תרופת יתום" - תרופה לטיפול במחלה נדירה.

1.12 "תרופה מיוחדת" - תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, אשר אושרה על ידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית כלשהי, והמבוטח קיבל אישור ליבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

בנוסף, כתרופה מיוחדת יחשב גם טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

1.12.1 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים, לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

1.12.2 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, והנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור בעדיפות ("Priority Review"), במסלול אישור מהיר ("Fast Tarack Designation"), או מסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval"), או שסווגה ע"י ה-FDA כ"תרופה פורצת דרך" ("Breakthrought Designation"), או לאחר השלמת ניסויים קליניים לתרופה, בשלב שאושר ה NDA עבור התרופה (New Drug Application).

1.12.3 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.

1.12.4 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על בדיקה גנטית או בדיקה גנומית מולקולרית, או בדיקה אימונוהיסטוכימית שבוצעו במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

1.13 "תרופה ניסיונית" - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתקיים לגביה אחד מהבאים:

1.13.1 תרופה שלא אושרה ע"י רשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לשימוש כלשהו.

1.13.2 תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו , אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך בקריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

1.13.3 תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.

1.14 "תרופה Off Label" - תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

(1) פרסומי ה- FDA.

(2) American Hospital Formulary Service Drug Information.

(3) US Pharmacopoeia - Drug Information.

(4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:

(א) עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa.

(ב) חוזק הראיות - (Strength of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B.

(ג) יעילות - (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa.

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

(א) NCCN.

(ב) ASCO.

(ג) NICE.

(ד) Esmo Minimal Recommendation.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים המפורטים:

2.1 מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, על פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:

2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח

2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.1.3 תרופה OFF LABEL.

2.1.4 תרופת יתום אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה או הוכרה כתרופת יתום על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2.1.5 תרופה מיוחדת.

2.2 מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית או גנומית לאפיון המחלה, להתאמת הטיפול בה לרבות התאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת בהתאם לפרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארה"ב.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1 פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי אשר יתחדש אחת לשנתיים, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

3.1.1 בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.4 - עד 3,000,000 ₪.

3.1.2 בשל מקרה הביטוח המפורט בס' 2.1.5 - עד 1,000,000 ש"ח.

3.2 סכום שיפוי בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 3.1.1 ו 3.1.2 אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי ועד תקרת העלות הכרוכה בקבלת שירות זה.

3.3 בשל מקרה הביטוח המפורט בס' 2.2 –לא יותר מ- 40,000 ש"ח עבור כל מקרה ביטוח.

יובהר כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את נטילת התרופה לה המבוטח היה זכאי בתקופת הביטוח , אף אם חלפה תקופת הביטוח ועד לתקרת הכיסוי בפרק זה.

3.4 ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן

המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות תוספי מזון ויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ועד 1,170 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.

4. השתתפות עצמית

4.1 סכום ההשתתפות העצמית החודשית – 250 ש"ח לתרופה לאותו חודש. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.

4.2 על אף האמור בס' 4.1 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ- 2,500 ש"ח.

4.3 על אף האמור בס' 4.1 לעיל, בנסיבות בהן השב"ן בה חבר המבוטח השתתף בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות העצמית, ובתנאי שעלות התרופה למבוטח (יתרת העלות או ההשתתפות העצמית) הינה מעל 1,200 ₪ לכל חודש.

4.4 על אף האמור בס' 4.1 לעיל, המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

5. חריגים

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.

5.2 טיפול תרופתי הניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה. תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.

5.3 מקרה ביטוח שנגרם באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, או פעילות בעלת אופי צבאי ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

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

5.6 תרופה ניסיונית.

5.7 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.

5.8 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging. על אף האמור, יכוסו ויטמינים או תוספי מזון כמפורט בסעיף 3.5 לעיל.

5.9 טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט עבור מבוטחים שהינם נשאים או חולים.

5.10 תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

5.11 שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.

5.12 מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

5.13 קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים)נוסח חדש(, התשל"ג - ; למעט תרופה אשר נכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת המדינות המוכר שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות הקנבוס.

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים.

<u>פרק ו' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל</u>

1. הגדרות

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 או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי 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, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

1.4. "**ניתוח מורכב**": ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 5 ימים ברצף לפחות;

1.5. "**רופא מומחה**": רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;

1.6. "**רופא מומחה בישראל**": רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;

1.7. "**שתל**": כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

1.8. "**תקופת אכשרה**": תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, **ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל**

לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3. כיסוי ביטוחי

בקרות מקרה הביטוח יכלול פרק זה כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1 **לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בס' 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בס' 3.5, ופיצוי כמפורט בס' 3.6.

3.2 **עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בס' 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בס' 3.5, ופיצוי כמפורט בס' 3.6, **ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל**;

לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר המבטח, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא

המבטח ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות;

3.3 לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בס' **3.4.1, 3.4.2, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל**.

לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל. במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר המבטח, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא המבטח ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

3.4 תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

בקרות מקרה הביטוח יינתן **שיפוי מלא** עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות ס' 3.1 - 3.3 לעיל:

3.4.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל;

3.4.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו, כולל הוצאות אשפוז **עד לתקרה של 40 ימים** כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;

3.4.3 עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח;

3.4.4 הוצאות טיסה לניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים;

3.4.5 הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;

3.5 בקרות מקרה הביטוח יינתן **שיפוי עד לסכום הכיסוי** ותקרת הסכומים המפורטים לצידן עבור ההוצאות המפורטות להלן, ובכפוף להוראות ס' 3.1- 3.2 לעיל:

3.5.1 הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,500 ₪ לכל התייעצות;

3.5.2 הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.

3.5.3 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪; אם המבטח תיאם את ההטסה הרפואית המיוחדת ע"י המבטח - כיסוי מלא;

3.5.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪;

3.5.5 הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח.

3.5.6 <u>הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב</u>:

3.5.6.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב – עד 650 ₪ ליום;

3.5.6.2 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום;

3.5.6.3 הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל, ושנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים

מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בשיעור 20% מעלות הטיפול;

3.5.6.4 הוצאות עבור מוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב, ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלבנטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 400 ₪ לכל יום;

3.5.6.5 הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 ₪;

3.6 נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, ישלם המבטח למוטב אותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי של 200,000 ₪.

4. <u>חריגים מיוחדים</u>

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על-פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1 מקרה ביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה;

4.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים;

4.3 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה. הערתי קודם

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

4.5 מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;

4.6 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;

4.7 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עיקור מרצון, והפלה; הריון, לידה, פוריות עקרות.

4.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:

4.8.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

4.8.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.

4.9 טיפולי רפואה משלימה;

4.10 טיפולים נפשיים;

4.11 השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל;

4.12 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;

4.13 בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, בדיקות ופעולות הדמיה כגון: CT ו- MRI, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או טיפול מחליף הניתוח, זריקות / הזלפות.

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים.

פרק ז': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1 **בית חולים פרטי:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

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 **התייעצות:**

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

1.3 **טיפול מחליף ניתוח:**

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

1.4 **מרפאה כירורגית פרטית:**

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

1.5 **ניתוח:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

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.

1.6 **קופת חולים:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.7 **רופא מומחה:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

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:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9 **הסדר ניתוח:**

הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.10 **הסדר התייעצות:**

הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

1.11 **תקופת אכשרה:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה; 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 באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

3. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מקרים אלה:

3.1 **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח** ועד לסך של 1500 ₪ (צמוד למדד) להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2 **שכר מנתח;**

3.3 **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-** 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.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי

יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

התשלומים בגין סעיפים 3.2-3.3, ישולמו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1 **מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, 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 אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:**

4.3.1 **ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;**

4.3.2 **ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך 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 **השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג - 2023.**

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 באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;**

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

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

4.10 **ניתוח שבוצע בישראל ושאין לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי. על אף האמור, המבטח יישא שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם החברה;**

5. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

6. תקופת אכשרה

6.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

6.2 על אף האמור בסעיף 7.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

פרק ז (1) – ביטוח ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב״ן

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1 **בית חולים פרטי:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי תכינת זו, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

- 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;
- בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2 **התייעצות:**

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

1.3 **טיפול מחליף ניתוח:**

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

1.4 **מרפאה כירורגית פרטית:**

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

1.5 **ניתוח:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

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.

1.6 **קופת חולים:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ״ד-1994.

1.7 **רופא מומחה:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

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:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי**.

1.9 **תקופת אכשרה:**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח 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 כמוגדר להלן, לפי העניין**.

3. תגמולי ביטוח

הסדר ניתוח – הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

הסדר התייעצות - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 **-** הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

בקרות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

3.1 החברה תשפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל, **רק במקרים הבאים**:

3.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם החברה;

3.1.2 שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם החברה;

3.1.3 שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח בחברה, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

3.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן, כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות,

לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 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, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" **ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח**.

4. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח ובכפוף להוראות סעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

4.1 **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח**; **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח** ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות (צמוד למדד) אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

4.2 **שכר מנתח;**

4.3 **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.

4.4 **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.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3, 4.2 ו-4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

5. זכאות לברות ביטוח

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו ו/או זכאותו של המבוטח בשב"ן מסיבה כלשהי (לעיל ולהלן: "**הפסקת החברות בשב"ן**") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 3.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

6. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

6.1 מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

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

6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:

6.1.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.1.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.

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

6.5 השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג - 2023.

6.6 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;

6.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;

6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי 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.

6.10 מקרה ביטוח שאין לחברה לגביו הסדר ניתוח, עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי למעט כאמור בסעיף 3.1.2 ו 3.1.3.

7. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

8 . התחייבות המבוטח

המבוטח נדרש לפעול למימוש מלוא זכויותיו בשב״ן ולשתף לשם כך פעולה עם החברה, וכן להודיע לחברה בהקדם, ככל שניתן, על כל החלטה של השב״ן הרלוונטי לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצעו לגביו על ידי השב״ן.

9 תקופת אכשרה

9.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

9.2 על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים .

פרק ח'- טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז

1. **מקרה הביטוח**

שירות או טיפול רפואי או שיקומי שניתן למבוטח בישראל, לאחר וכתוצאה מביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל, או השתלה שבוצעה בישראל, במהלך תקופת הביטוח.

2. **תגמולי ביטוח**

המבטח יישא בעלות שירותי אשפוז או שיקום, כמפורט להלן:

2.1. **שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח**

המבטח ישתתף בשיעור 80% בעלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכח עזר בעת שהותו של המבוטח בביה"ח בישראל, שלא ע"י בן משפחה, עד 400 ₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח/טיפול מחליף ניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

2.2. **סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח**

2.2.1. מבוטח שגילו עד 67 שנים שאושפז בבית חולים בישראל לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר, **שאינם קשורים בלידה ו/או ניתוח קיסרי,** המרוחק מעל 80 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון, הסמוך לבית החולים למשך תקופת האשפוז, ולא יותר מ- 400 ₪ לכל יום, לכלל בני המשפחה, החל מיום האשפוז החמישי (5) ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה.

2.2.2. הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

2.2.3. **מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.**

2.3. **עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי**

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה. **יובהר כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבוטח הנמצא בחו"ל לישראל.**

2.4. **החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר**

אם בוצעו במבוטח: ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה והשיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 885 ש"ח לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

2.5. **התעמלות שיקומית לאחר ניתוח**

מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד לסכום מרבי של 300 ₪ בחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים מיום ביצוע הניתוח.

לעניין זה התעמלות שיקומית- פעילות גופנית מותאמת אישית במסגרת קבועה שמטרתה שיפור התפקוד הגופני עקב אירוע רפואי או לאחר ניתוח, בהנחיית אנשי מקצוע מוסמכים, בהתאם לאופי הפגיעה, המבוצעים במכונים הקשורים לבתי חולים או קופות החולים ובנוכחות או פיקוח רפואי.

2.6. **טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח**

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד 250 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

2.7. **טיפול בפצעים**

2.7.1. המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור טיפול וריפוי חתכים, פצעים, צלקות, ומניעת זיהומים אחרי ביצוע ניתוח/טיפול מחליף ניתוח או הקרנות וכן טיפול בכוויות, אשר אינן מכוסים במסגרת פרק הניתוחים בשיעור 80% ועד לסך של 10,000 ₪ בתקופת הביטוח.

2.7.2. הכיסוי כולל יעוץ רפואי, הטריית פצעים וכוויות, חבישות והשתלות עור (בנסיבות בהם אינו נכלל בגדר הכיסוי הביטוחי בפרק הניתוחים), לרבות שתלי עור שפותחו במעבדה, ועלות החומרים והתרופות לצורך ריפוי פצעים חתכים או כוויות. יובהר כי עפ"י סעיף זה לא יכוסו טיפולים הנדרשים עקב ניתוחים למטרת יופי או אסתטיקה.

2.8. **חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים**

המבטח ישתתף בעלות חוות דעת שניה, פעם אחת בכל אשפוז, עם רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז, בשיעור של 80% ועד 2,500 ₪.

2.9. **פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה (מכל סיבה שהיא)**

מבוטח שטרם מלאו לו 70 שנים ואשר אושפז בבית חולים בישראל מכל סיבה שהיא, יהיה זכאי לפיצוי של 270 ₪ ליום, החל מהיום החמישי לאשפוז ועד ל-14 ימים. הזכאות לפיצוי לפי סעיף זה הינה עד לשני אשפוזים במהלך תקופת הביטוח.

2.10. **מנוי למשדר קרדיולוגי**

המבטח ישתתף בעלות עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדיולוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 160₪ לכל חודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים :

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

2.10.2 אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב .

2.10.3 המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.

2.10. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.**

2.11. **שירות למבוטח המרותק לביתו לאחר ביצוע ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח**

בנוסף לזכאותו של המבוטח להשתתפות המבטח עבור השירותים והטיפולים על פי פרק זה, מבוטח אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו, יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 80% ועד 5,000 ש"ח עבור השירותים המצוינים להלן בלבד, שניתנו לו במקום מגוריו, במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים, ועד הסכומים הקבועים בכל סעיף לפי העניין.

לעניין סעיף זה "ריתוק לבית": מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שוהה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו, או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו, או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו, או ישנה התוויה רפואית המצביעה כי יציאה מהבית יש בה סיכון משמעותי להחמרה במצב בריאותו של המבוטח.

2.11.1. שירותי אחות פרטית

שירותי אחות בבית המבוטח, לצורך טיפול בפצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוי, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים וכדומה, עד 250 ש"ח לכל ביקור.

2.11.2. שירות רופא בבית

בדיקה וביקורת תקופתית ע"י רופא בבית המבוטח, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכו' עד 350 ש"ח לכל ביקור.

2.11.3. שירות טיפול וסיוע תפקודי מבוטח ששוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח או השתלה, ונמצא כמי שמרותק לבית לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתן מועד שחרורו מבית החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח עד 180 ש"ח לכל יום, עבור הוצאותיו בגין טיפול וסיוע תפקודי שניתנו ע"י מטפל/ת שאינו בן משפחה של המבוטח.

לעניין סעיף זה ריתוק לבית: מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שוהה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו, או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו, או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו, יובהר כי הגדרת ריתוק לבית תהיה תקפה גם במקרה בו המבוטח יצא מביתו לצורך בדיקה רפואית או קבלת טיפול רפואי בליווי וסיוע של אדם אחר, או יציאה לעיתים רחוקות לאירועים חברתיים או משפחתיים בליווי וסיוע של אדם אחר. מבלי לפגוע בכלליות האמור, מבוטח שנמצא כי הוא זקוק לעזרת הזולת במידה רבה מאוד (זכאי ל- 6.5 נקודות או יותר, על פי מבחן התלות של הביטוח הלאומי) לתקופה העולה על תקופת ההמתנה, לעניין פרק זה ייחשב כמי שמרותק לביתו.

יובהר כי זכאותו של המבוטח על פי מבחן התלות אינה מותנית באישור הביטוח הלאומי, אולם אם הביטוח הלאומי קבע את זכאותו של המבוטח בטרם נקבעה זכאותו מאת המבטח, תחייב קביעתו את המבטח.

2.12. **הוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה**

2.12.1. **הגדרות לסעיף זה:**

טיפול רפואי: שירות רפואי או כל טיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שניתנו למבוטח בישראל או בחו״ל, על פי המלצת רופא מומחה מטעם המבוטח שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, ובהתאם לקריטריונים רפואיים מקובלים, לרבות שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו״ל, העברה בהיטס או באמבולנס הנדרשות עקב המצב הרפואי לצורך קבלת שירות הרפואי, וכן שירותי יעוץ ואבחון, שירותי ניתוח ואשפוז עבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים או לרופא, שירותי סיוע והשגחה במהלך האשפוז, טיפולים מחליפי ניתוח, טיפול הקרנתי מכל סוג שהוא, טיפול תרופתי מכל סוג, הוצאות בגין טיפולי שיקום מכל סוג שהוא לרבות טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, טיפולים פסיכולוגיים, טיפול בכאב, וכן טיפולים הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה כגון אך לא רק הקפאת/ שאיבת זרע/ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן, וכן שימוש באביזר רפואי כהגדרתו בפרק ההגדרות הכלליות, כדוגמת פאה לחולה אונקולוגית.

2.12.2. **מועד קרות מקרה**

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

2.12.3. **מקרה הביטוח**

גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

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

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

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

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
2. נמק מפושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו- 7;
4. צהבת, מעמיקה;
5. בפוליסה שהופקה למכרז: אנצלופטיה כבדית;
6. בפוליסה שהופקה למכרז: דימום בלתי נשלט;
7. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.

ד. **אי ספיקת כליות סופנית (End stage Renal Failure)** חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

ה. **אנמיה אפלסטית קשה (Severe Aplastic Anemia)**
כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

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

ו. **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)** – תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.

ז. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.

ח. **דלקת מוח (Encephalitis)** – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק נוירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.

ט. **דום לב עם השתלה של דפיברילטור (CARDIAC ARREST - WITH INSERTION OF A DEFIBRILLATOR)** - הפסקה פתאומית של פעילות הלב (דום לב) שכתוצאה ממנה יש הפסקה בזרימת הדם בכל הגוף, הגורמת לעצירת נשימה, אובדן הכרה, ועקב כך מתבצעה השתלה כירורגית של אחד מהאביזרים הבאים:
1. השתלת דפיברילטור אוטומטי (ICD)
2. סנכרון מחדש של פעולות הלב ע"י השתלת דפיברילטור עם קוצב לב דו חדרי (CRT-D)

מקרה הביטוח אינו כולל את המצבים הבאים: השתלת קוצב לב, השתלת דפיברילטור ללא המצאות של דום לב, דום לב משני כתוצאה משימוש בסמים לא חוקיים.

י. **הוצאת גלגל העין (REMOVAL OF AN EYEBALL)** – הוצאה כירורגית של עין אחת עקב מחלה או טראומה.

יא. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.

יב. **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.
האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:

1. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין מעבר לערכי הנורמה, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.
2. קיומה של לפחות אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

יג. **חירשות (Deafness)** – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

יד. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לפחות לאירוע אחד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

טו. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 ממ״כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 ממ״כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

טז. **כוויות קשות (SEVERE BURNS)** - פצע, צריבה בעור הגוף שנגרמו ע״י נגיעה באש או בחומר או נוזל חם/קפוא, או נגיעה בחומר כימי אשר גרמו לכוויות מדרגה שלישית בלפחות 20% משטח

יז. **כריתת ריאה פניאומונקטומיה (Pneumonectomy - removal of a lung)** – ניתוח כריתת ריאה.

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

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

יט. **מחלת ריאות חסימתית ורסטרקטיבית כרונית (Chronic Abstractive and Restrictive Lung Disease)-** מחלת ריאות חסימתית סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1. נפח FEV1 של פחות מ- 1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך ;
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 ממ״כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 ממ״כ, **או** מחלה ריאתית סופנית עם הפרעה רסטרקטיבית קשה בתפקודי הריאה.

כ. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** – עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת ומתקדמת. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

כא. **החלפה או תיקון מסתמי לב (Valve Replacement or Repair)**
כל פרוצדורה שנועדת לשם תיקון או החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב.

כב. **ניתוח אבי העורקים (Aorta)**
ניתוח או צינתור בהם מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.

כג. **ניתוח מעקפי לב (CABG)** – ניתוח לב לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. **למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.**

כד. **צינתור טיפולי**
הכיסוי כולל שיפוי עבור צנתור טיפולי (לא אבחוני) CORONARY ANGIOPLASTY) :

צינתור כלילי טיפולי (CORONARY ANGIOPLASTY) – טיפול ראשון בהיצרות או בחסימה בכלי דם כלילי אחד או יותר באמצעות ניפוח בלון בצינתור (TRTANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY PERCUTANEOUS), חיתוך רובד טרשתי (ATHERECTOMY), השארת תומכן CORONARY (STANTING) ו/או פעילות תוך עורקית דומה. התנאים הבאים חייבים להתקיים במצטבר :

1) ביצוע הצינתור הכלילי הטיפולי הכרחי מסיבה רפואית על פי חוות דעתו של קרדיולוג מומחה.

2) קיימת הוכחה אנגיוגרפית של מחלה כלילית חסימתית משמעותית (הצרות של לפחות 60%).

צינתור כלילי טיפולי לא יכלול שיטות לייזר לחידוש אספקת הדם ו/או פעולות אבחנתיות ו/או צינתורים אבחנתיים.

במקרה של צינתור כלילי טיפולי כמוגדר לעיל, אשר אירע לראשונה בתקופה בה הביטוח בתוקף יקבל המבוטח, תשלום בגובה 10% מסכום הביטוח ובתנאי שטרם התגלתה במבוטח מקרי ביטוח הקבועים בסעיפים ט׳, כ״א- כ״ג, מקרה זה יזכה

בתשלום פעם אחת בלבד במהלך תקופת הביטוח (כולל בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה הנו בתוקף.

כה. **ניתוח גדול** – ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה צווארי או גבי- מותני, ניתוח להחלפה מלאה, חלקית או תיקון של מפרק ירך, מפרק ברך, מפרק כתף, או הקרסול.

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

כז. **סיסטיק פיברוזיס (לייפת כיסתית) (Cystic Fibrosis) -**

מחלה הנובעת ממוטציה בגן המקודד את החלבון CFTR. המחלה פוגעת בריאות, בלבלב, בבלוטות הזיעה, במערכת העיכול ובמערכת המין. אבחנת המחלה תיעשה ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי, ותכלול בדיקה לקיום מוטציה כאמור המעידה על המחלה.

כח. **סרטן (cancer)**

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מחלת הסרטן תכלול גם לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

הרחבה לכיסוי הביטוחי: גילוי סרטן מוקדם או גידולים ממאירים מקומיים

על אף האמור לעיל, לעניין הכיסוי הביטוחי בגין גילוי מחלת הסרטן, הכיסוי כולל פיצוי בגובה 20% מסכום הביטוח במקרה של גילוי סרטן מוקדם או גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים – (in situ) : סרטן השד, סרטן ערמונית או סרטן צוואר הרחם סרטן אשר מחייב ניתוח ו/או הקרנות ו/או טיפול כימותרפי.

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

ל. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** – מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.

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

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

לג. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע״י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע״י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.

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

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

לו. **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צרברווסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה.

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

לח. **תרדמת (COMA)** – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

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

2.12.4. **תגמולי הביטוח**

2.12.4.1. יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח עבור טיפולים רפואיים שבוצעו בישראל או בחו״ל, אותם שילם המבוטח במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. ועד לסך 59,000 ₪. במקרה של גילוי מחלת הסרטן סכום הביטוח המרבי יהיה 118,000 ₪.

2.12.4.2. מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, ואירע מקרה ביטוח נוסף, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו בסכום הנותר עד תקרת הכיסוי. בכל

מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 2.12.4.1, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח

2.12.4.3. על אף האמור, מבוטח שקיבל תגמולי ביטוח בגין מחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף כז' לרבות בתקופות ביטוח קודמות, ולקה במחלת הסרטן בפעם השנייה במהלך תקופת ביטוח זו, יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות עד מלוא סכום הביטוח, בהתקיים כל התנאים הבאים במצטבר:

2.12.4.3.1. אם על פי חוות דעת רופא מומחה, חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נדרש המבוטח לבצע טיפול רפואי למחלת סרטן כלשהי (למעט טיפול מונע) ;

2.12.4.3.2. בדיקות ההדמיה שביצע המבוטח במהלך 5 שנים עובר לגילוי מחלת הסרטן החוזרת הנן תקינות וללא מימצא על הישנות המחלה ו/או מחלת סרטן כלשהי ו/או ממצאים המצריכים בירור נוסף.

2.12.4.4. מובהר **כי זכאותו של המבוטח על פי פרק זה הינה <u>אך ורק ולאחר מיצוי זכאותו של המבוטח על פי כל פרק בפוליסה</u>. ובשום מקרה לא יחול כפל ביטוח בין סעיף זה לכל סעיף או פרק אחר על פי פוליסה זו.**

2.12.5. חריגים לסעיף זה

2.12.5.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח הנוכחית.

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

2.12.5.3. המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי עבור אובדן הכנסה עקב אי כושר עבודה, אלא זכאי רק לשיפוי עבור הוצאות בגין טיפולים רפואיים.

2.12.5.4. לא יכוסו אביזרים שהוחרגו מתכולת הכיסוי הביטוח על פי סעיף 3.4 בפרק י'.

פרק ט' – יעוץ רפואי ובדיקות אבחון

1. **מקרה הביטוח:**

ביצוע שירותי יעוץ ובדיקות אבחנתיות במהלך תקופת הביטוח.

2. **תגמולי ביטוח**

המבטח ישתתף בעלות הטיפולים המכוסים בשיעורים המצוינים להלן, ועד הסכום המרבי לכל טיפול לפי העניין:

2.1 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן, והמבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, או אם השב"ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי, יישא המבטח במלוא השתתפות העצמית ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

2.2 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות ללא מעורבות השב"ן, יישא המבטח יישא בשיעור 80% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3. **מרפאת מומחים**

3.1 **התייעצות עם רופא מומחה**

3.1.1 מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית הניתנים ע"י רופא מומחה (רופא משפחה מומחה או רופא ילדים מומחה).

3.1.2 עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח בשיעור עד לסך של 1,000 ₪ לכל התייעצות.

3.1.3 המבוטח יהיה זכאי לעד 3 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.

3.1.4 מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לה זכאי המבוטח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

3.1.5 **חריגים לסעיף זה**

3.1.5.1 **על פי סעיף זה לא יכוסו התייעצויות לצורך חוו"ד משפטית או לצורך הגשת תביעה משפטית.**

3.1.5.2 **טיפולים או התייעצות לצורך טיפולים קוסמטיים, או טיפולי שיניים.**

3.1.5.3 **השתתפות בגין שירותי תיווך או קיצור תורים. יובהר כי ההשתתפות הינה עבור ההוצאה ששולמה בפועל ע"י המבוטח לרופא או המרכז הרפואי.**

3.2 **תקופת אכשרה לסעיף זה: 6 חודשים.**

3.3 **חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל**

3.3.1 המבטח ישתתף בעלות עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, אך לא יותר מ-7,000 ₪, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.

3.3.2 תנאי לחבות המבטח כי המבוטח קיבל חוות דעת ראשונית עיי רופא מומחה בישראל.

3.3.3 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.

3.3.4 במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,000 ש"ח לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.

3.3.5 יובהר כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.

3.3.6 **יובהר כי חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.**

3.4 **תקופת אכשרה לסעיף זה: 6 חודשים.**

3.5 **שירות "רופא מלווה"**

3.5.1 מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בעלות עבור שירותי "רופא מלווה" עד 3,000 ₪ פעם אחת בתקופת הביטוח.

לעניין סעיף זה "רופא מלווה": רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימים למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבירור או הטיפול הרפואי יעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם, והמלצות להמשך טיפול.

3.5.2 שירות רופא מלווה יכוסה במקרים רפואיים מורכבים הדורשים בירור רב תחומי או ליווי קליני צמוד, או מצבים רפואיים מסכני חיים או שיש בהם פגיעה בתפקוד היומיומי של המבוטח ובכלל זה: מחלת הסרטן, מחלת לב , מחלות כבד, אי ספיקת כליות, מחלות נירולוגיות, ירידה קוגנטיבית (דמנציה) אירוע מוחי או צורך בניתוח מח, צורך בניתוח אורתופדי מורכב, השתלות או צורך בניתוח בחו"ל , צורך בבקרת תרופות ותופעות לוואי.

3.5.3 **חריגים לסעיף זה- לא יכוסו עפ"י פרק זה:**

3.5.3.1 **בעיות בהתפתחות הילד.**

3.5.3.2 **טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.**

3.5.3.3 **יעוץ במהלך אשפוז של המבוטח בבית חולים.**

3.5.3.4 **טיפולים למטרות יופי ואסתטיקה.**

3.5.3.5 **פוריות, הריון או עקרות.**

3.5.3.6 **טיפולים ברפואה משלימה.**

3.5.3.7 **המבוטח לא יהיה זכאי להחזר כספי עבור שירות זה מכל סעיף או פרק אחר בפוליסה.**

3.6 **תקופת אכשרה לסעיף זה: 6 חודשים.**

4. **בדיקות אבחוניות**

4.1 **בדיקות רפואיות אבחנתיות**

4.1.1 המבטח ישתתף בעלות עבור ביצוע בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, שבוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, ועד 15,000 ש"ח בכל שנת ביטוח.

4.1.2 **יובהר כי חלקו של המבוטח בעלות הבדיקה לא יפחת מ- 250 ש"ח לכל בדיקה.**

4.1.3 **חריגים לסעיף זה**

4.1.3.1 **על פי סעיף זה לא יכוסו בדיקות לצורך חוו"ד משפטית או לצורך הגשת תביעה משפטית.**

4.1.3.2 **טיפולים או בדיקות לצורך טיפולים קוסמטיים.**

4.1.3.3 **בדיקות הריון מכל סוג שהוא, או בדיקות להתפתחות הילד.**

4.1.3.4 **השתתפות בגין שירותי תיווך או קיצור תורים. יובהר כי ההשתתפות הינה עבור ההוצאה ששולמה בפועל על הבדיקה ע"י המבוטח למרכז הרפואי בו בוצעה הבדיקה.**

4.2 **חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית**

המבטח ישתתף בעלות עבור התייעצות עם רופא מומחה, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה, עד לסך 1,500 ש"ח עבור כל התייעצות.

4.3 **תקופת אכשרה לסעיף זה: 6 חודשים.**

5. **שירותי אבחון מהיר**

5.1 מבלי לפגוע בזכאותו של המבוטח על פי סעיפים 3 ו- 4 לעיל, מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "אבחון מהיר" פעם אחת בכל שנת ביטוח. חלקו של המבוטח בתשלום (ההשתתפות העצמית) עבור שירות "אבחון מהיר" לא יעלה על 600 ש"ח.

5.2 לעניין סעיף זה "שירות אבחון מהיר" שירות הניתן במסגרת בית חולים פרטי בישראל לצורך אבחון בעיה רב תחומית (מולטידיסציפלינארי) הכולל:

5.2.1 שירות "רופא ממיין" הכולל פגישת יעוץ ובכוונה רפואית הכוללת בין היתר איסוף מידע ואבחון ראשוני, הפניה להתייעצות עם רופא/ים מומחה/ים בהתאם לבעיה הרפואית של המבוטח ו/או הפניה לביצוע בדיקות אבחוניות.

5.2.2 התייעצות עם רופא/ים מומחה/ים.

5.2.3 ביצוע בדיקות אבחון ופיענוחן.

5.2.4 פגישת סיכום עם רופא המממיין ומתן המלצות להמשך טיפול.

5.3 **תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה - המבטח ישתתף בעלות השירות אך ורק בהתקיים התנאים שלהלן:**

5.3.1 **פגישת היעוץ הראשונה עם הרופא הממיין תואמה תוך 3 ימי עסקים ממועד פנייתו של המבוטח לקבל את השירות, והאבחון בוצע והושלם תוך 7 ימי עסקים ממועד פגישת היעוץ הראשונה עם הממיין.**

5.3.2 **השירות ניתן ע"י מרכז רפואי בישראל**

5.3.3 **התשלום עבור השירות במלואו שולם לבית החולים.**

5.3.4 **לא תכוסה השתתפות בגין שירותי תיווך או קיצור תורים. יובהר כי ההשתתפות הינה עבור ההוצאה ששולמה בפועל ע"י המבוטח למרכז הרפואי בו ניתן השירות.**

5.3.5 **יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי נוסף בגין שירות זה, על פי סעיף אחר בפרק זה או בפוליסה.**

5.4 **תקופת אכשרה לסעיף זה: 6 חודשים.**

6. בדיקות לנשים בהריון

6.1 **בדיקות גנטיות טרום הריון**

המבטח ישתתף בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון לשלילת מומים מולדים, שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח. הזכאות הינה עד ל- 2,000 ₪ (לכל מבוטח/ת, פעם אחת בתקופת הביטוח.

6.2 המבטח ישתתף בעלות בדיקה שבוצעה בגופה של מבוטחת במהלך תקופת הביטוח, לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, עד לסכום של 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 5,000 ₪ לכל הריון.

6.3 **מעקב הריון**

המבטח ישתתף בעלות עבור ביקור המבוטחת אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, עד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.

6.4 **שמירת הריון באשפוז**

מבוטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופה רציפה של 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסך 120 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום ה 14 . סכום הפיצוי המירבי לא יעלה על 5,000 ₪ לכל הריון.

6.5 **אם פונדקאית**

יובהר כי הזכאות לבדיקות לנשים בהריון, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

6.6 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

7. אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה

7.1 המבטח ישתתף בעלות שירותי אבחון למבוטח שגילו עד 18 שנים, שבוצעו ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון

הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת BRC, $TOVA$, עד לסכום של 1450 ₪. הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ביטוח.

7.2 המבטח ישתתף בעלות עבור אבחון נוסף למבוטח שגילו עד 18 שנים, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והמבוטח מטופל תרופתית בבעיות קשב וריכוז, ועד לסכום של 1,800 ₪.

7.3 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

פרק י' - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים

1. **מקרה הביטוח:**

טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות המבוצעים במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

2. **תגמולי הביטוח**

המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהשיעורים, והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה ולפי העניין:

2.1 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן, והמבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, או אם השב"ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי, יישא המבטח במלוא השתתפות העצמית ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

2.2 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות ללא מעורבות השב"ן המבטח יישא בשיעור 80% מהסכום ששולם לנותן השירות (למעט בכיסוי 3.4 אביזרים רפואיים , שבו הסכום ששולם לנותן השירות בסך 60%) , ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3. **הכיסוי הביטוחי**

3.1 **טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות**

3.1.1 המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע טיפול באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, ועד לסך של 100,000 ₪.

3.1.2 **תנאי לחבות המבטח לפי סעיף זה**

3.1.2.1 רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.

3.1.2.2 הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות אינו מכוסה מסיבה כלשהי על פי פרק ז' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, לרבות בשל זהות המרכז הרפואי או נותן השירות.

3.1.2.3 הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.

3.1.2.4 הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים ומכונים, המאושרים לביצוע הטיפול ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.

3.1.3 **חריגים אשר יחולו על סעיף 3.1**

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

3.1.3.1 טיפול בטכנולוגיות מתקדמות שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:

3.1.3.1.1 **ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;**

3.1.3.1.2 **ניתוח/טיפול בריאטרי מכל סוג שהוא למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;**

3.1.3.2 טיפולי שיניים או חניכיים;

3.1.3.3 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;

3.1.3.4 טיפולים מתחום הרפואה המשלימה/טיפולי פיזיותרפיה.

3.1.3.5 טיפול תרופתי מכל סוג שהוא לרבות ויטמינים/תוספי מזון.

3.1.3.6 טיפולים הקשורים בלידה להוציא ניתוח קיסרי הנדרש בשל צורך רפואי.

3.1.4 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.**

3.2 **טיפולים לריפוי והקלה בכאב**

3.2.1 המבטח יישא בעלויות עבור טיפול או סדרת טיפולים להקלה בכאב, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עד לסך מצטבר של 15,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.

3.2.2 **חריגים אשר יחולו על סעיף 3.2:**

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

3.2.2.1 מזון, תוספי מזון ו/או ויטמינים, תרופות הומאופטיות, קנאביס.

3.2.2.2 טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיה רפואיות ניסיונית.

3.2.2.3 טיפולי שיניים או חניכיים.

3.2.2.4 טיפולים למטרות יופי ו/או אסתטיקה.

3.2.2.5 לא יכוסו טיפולי שיקום או טיפול ברפואה משלימה .

3.2.2.6 מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף 3.1 או 3.3, לאמור אין כפל ביטוחי.

3.2.3 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.**

3.3 **טיפולים בתא לחץ**

3.3.1 המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים המבוצעים בתא חמצן בעל לחץ גבוה, המופעלים בבתי חולים או במכונים הקשורים בבעלות בתי חולים עד ל- 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 350 ₪ לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

3.3.2 **חריגים אשר יחולו על סעיף 3.3:**

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

3.3.2.1 לא יכוסו טיפולים לצורך קוסמטי/אסטטי.

3.3.2.2 טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיה רפואיות ניסיונית.

3.3.2.3 יובהר כי מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף 3.1 או 3.2, לאמור, אין כפל ביטוחי.

3.3.3 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.**

3.4 אביזרים רפואיים

3.4.1 בכפוף לאמור בסעיף 2 לעיל, המבטח ישתתף בעלות 60% מרכישת אביזרים רפואיים עד לסך מצטבר של 8,200 ₪ לכל תקופת הביטוח. שרשומים בפנקס האמ"ר מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים מהמועד בו נרכשו מדרסים בפעם הראשונה, וסכום ההחזר לא יעלה על 450 ₪ בכל פעם ויהיה כלול בתקרת הכיסוי בסעיף זה רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

3.4.2 **חריגים לסעיף זה**

3.4.2.1 לא יכוסו אביזרים הקשורים אך ורק ובמישרין לטיפולי שיניים.

3.4.2.2 לא יכוסו פרטי לבוש או ביגוד, אביזרי ספורט, ורהיטים, מכל סוג שהוא, מעלון, קלנועית, מכשירי טלפון סלולרי, שעון, או יישומים המופעלים באמצעות טלפון או שעון נייד, וכן לא יכוסו אביזרי רכב מכל סוג שהוא.

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

3.4.2.4 לא יכוסו מסגרות משקפיים, משקפיים או עדשות, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה מעל 7 או אסטיגמטיזם אצל ילדים (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

3.4.2.5 לא יכוסו, נעליים, נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראומטית, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. כמו כן יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.

3.4.2.6 לא יכוסו מוצרי טואלטיקה מכל סוג לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה מכל סוג שהוא.

3.4.3 **לא יכוסה אביזר לצורך טיפול ניסיוני או המבוסס על טכנולוגיות ניסיוניות.**

3.4.4 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

פרק י״א - טיפולי שיקום, טיפולים בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, יעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה, הוצאות רפואיות מיוחדות

1. **מקרה הביטוח:**

טיפולים רפואיים המצוינים בסעיף 3 להלן, המבוצעים במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

2. **תגמולי הביטוח**

המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהשיעורים, והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה לפי העניין:

2.1. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב״ן, והמבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, או אם השב״ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי, יישא המבטח במלוא השתתפות העצמית ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה..

2.2. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות ללא מעורבות השב״ן, המבטח יישא בשיעור 80% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3. **הכיסוי הביטוחי:**

3.1. **שיקומית <u>(טיפולי שיקום שלא לאחר ניתוח)</u>**

3.1.1. **שיקום דיבור וראיה**

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של 142 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

3.1.2. **התעמלות שיקומית**

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, עפ״י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 215 ₪ לכל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

לעניין זה התעמלות שיקומית- פעילות גופנית מותאמת אישית במסגרת קבועה שמטרתה שיפור התפקוד הגופני עקב אירוע רפואי או לאחר ניתוח, בהנחיית אנשי מקצוע מוסמכים, בהתאם לאופי הפגיעה, המבוצעים במכונים הקשורים לבתי חולים או קופות החולים ובנוכחות או פיקוח רפואי.

3.1.3. **טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום**

המבטח ישתתף בעלות טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, לצורך שיפור הלקות הפיזית או התפקוד המוטורי של המבוטח, על פי הוראת רופא שהבעיה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 215 ₪ לכל טיפול, עד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח.

3.1.4. **חריגים**

3.1.4.1. לא יכוסו תחת סעיף זה טיפולים לילדים הזכאים לכיסוי ביטוחי בהתפתחות הילד או טיפולים פסיכולוגיים/נפשיים

3.1.4.2. לא יכוסו טיפולי שיקום המכוסים בסעיפים 2.4 ו 2.6 אשר בפרק ח', לאמור, אין כפל כיסוי.

3.1.4.3. על פי סעיף זה לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקויי למידה המכוסים בסעיף 3.3

3.1.4.4. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

3.1.5. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.**

3.2. **טיפול פוריות והפריה חוץ גופית**

3.2.1 המבטח ישתתף בעלות של טיפולי פוריות שבוצעו בגופו/ה של מבוטח/ת ו/או טיפולי הפריה שבוצעו בגופה של מבוטחת במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 15,000 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות עד היוולדו של תינוק סכום הביטוח הינו לכל לידה ועד שני לידות בלבד.

3.2.2 הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשלבים בביצוע טיפול הפוריות או הפריה, לרבות: פרוצדורה חודרנית ברחמה של המבוטחת, בשחלות ובחצוצרות, ו/או פעולות חודרניות באשך, בדיקה אבחונית, עלות טיפול תרופתי, הזרעה תוך רחמית או שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, והחזרת עוברים לגופה של המבוטחת, וכן עלות השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך.

3.2.3 אם פונדקאית

יובהר כי הזכאות על פי סעיף 3.2 - טיפולי פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

3.2.4 חריגים

3.2.4.1 על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

3.2.4.2 לא יכוסו טיפולים המכוסים על פי פרק הניתוחים.

3.2.5 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים.

3.3 כיסוי מיוחד לילדים

3.3.1 בעיות הרטבה לילדים

המבטח ישתתף בעלות של עד שלושה טיפולים לכל ילד מבוטח למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ₪ לטיפול.

3.3.2 טיפול בבעיות התפתחות בילדים

3.3.2.1 המבטח ישתתף בעלות טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקויי למידה שאובחנו אצל מבוטח עד גיל 18, ע"י רופא ילדים או מכון אבחון מוכר או רופא מומחה להתפתחות הילד, והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג התפתחותי או חינוכי , עד לסכום של 145 ₪ לטיפול, ולא יותר מ-30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

3.3.2.2 לעניין סעיף זה "בעיות בהתפתחות הילד" – פגיעה, תפקוד לקוי, או עיכוב בתפקוד פיזי או נפשי או קוגניטיבי בהתאם לגילו של המבוטח.

3.3.2.3 חריגים

3.3.2.3.1 עפ"י סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

3.3.2.3.2 עפ"י סעיף זה לא יכוסו טיפולים ניסיוניים.

3.3.2.3.3 לא יכוסו תחת סעיף זה טיפולים לילדים הזכאים לכיסוי ביטוחי על פי סעיף 3.1 ו 3.4 ,לפי העניין. לאמור, לא יהיה כפל ביטוחי.

3.3.3 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים.**

3.4 יעוץ/טיפול פסיכולוגי

3.4.1 המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ ו/או טיפול שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג או פסיכיאטר או עובד סוציאלי, עד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח ועד 295 ₪ לכל טיפול. **יובהר כי לא יכוסה טיפול ע"י פסיכולוג תעסוקתי.**

3.4.2 תנאי לחבות המבטח - כי המבוטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל בלבד, המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול.

3.4.3 מבוטח הזכאי לכיסוי ביטוחי על פי סעיף זה , לא יהיה זכאי לכיסוי הביטוחי על פי סעיף 3.3, לאמור לא יהיה כפל ביטוחי.

3.4.4 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.**

3.5 רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי

3.5.1 המבטח ישתתף בעלות טיפולים ברפואה משלימה שבוצעו בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 142 ₪ לטיפול או התייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

3.5.1.1 הומיאופתיה
3.5.1.2 אוקופונקטורה
3.5.1.3 כירופרקטיקה
3.5.1.4 אוסטיאופטיה
3.5.1.5 רפלקסולוגיה
3.5.1.6 שיאצו
3.5.1.7 ייעוץ דיאטטי
3.5.1.8 שיטת פלדנקרייז
3.5.1.9 ביו-פידבק
3.5.1.10 נטורופתיה
3.5.1.11 הרבולוגיה
3.5.1.12 שיטת פאולה
3.5.1.13 שיטת אלכסנדר
3.5.1.14 שיטות טיפול אחרות המוצעות ע"י מכוני הסדר ומוכרות ע"י תכנית השב"ן באותה קופות החולים.

3.5.2 תנאי לחבות המבטח

3.5.2.1 השתתפות המבטח עבור שירותי רפואה משלימה מותנית בקבלת אישור מרופא המטפל על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.

3.5.2.2 תנאי לחבות המבטח כי המבוטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול.

3.5.3 חריגים

3.5.3.1 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל.

3.5.3.2 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.

3.5.3.3 לא יינתן שיפוי עבור ביצוע טיפול שאינו נמנה על רשימת הטיפולים המצוינת בס' 3.5.1.

3.5.3.4 לא יכוסו טיפולים המבוצעים בבתי מלון ובמכוני ספא

3.5.4 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.**

נספח א(2)

דוחות להגשה תקופתית

דוח פרמיות ומבוטחים

הדו"חות יוגשו בקבצי אקסל

1. <u>דוחות שיוגשו מעת לעת על פי בקשת יועץ הביטוח</u>

1.1 דוח תביעות דחויות

מס' תביעה	סוג התביעה	תאריך אירוע	תאריך הגשת התביעה	תאריך החלטה	סיבת הדחייה

1.2 דוח תביעות שטרם סולקו ועברו מעל 3 חודשים מרגע שהוגשו

מס' תביעה	סוג התביעה	תאריך אירוע	תאריך הגשת התביעה	סיבת העיכוב /ממתינה

2. <u>דוחות שיוגשו במועד עדכון הפרמיה:</u>

2.1 מונה מבוטחים

חודש	סוג מבוטח	כמות מבוטחים	פרמיה חודשית	סה"כ פרמיה
	עובד עד 66			
	ילדים עד גיל 23			
	ילד/בן זוג עד גיל 39			
	ילד/בן זוג בין גיל 40-49			
	ילד/בן זוג בין גיל 50-59			
	ילד/בן זוג בין גיל 60-66			
	גמלאי/בן זוג מעל גיל 67			

סה"כ פרמיה: _____

2.2 דו"ח רווח והפסד לתקופה

	Total
פרמיה ברוטו	
הוצאות 15%	
פרמיה נטו	
<u>תביעות שאירעו ושולמו עד יום עריכת החישוב</u>	
כתבי שירות	
השתלה טיפול מיוחד בחו"ל (פרק ד')	
תרופות מחוץ לסל (פרק ה')	
ניתוחים בחו"ל (פרק ו')	
אמבולטורי (פרקים ח'- י"א')	
ניתוח בישראל (פרק ז)	
סה"כ משולמות עד יום החישוב	
<u>תביעות תלויות</u>	
השתלות וטיפולים בחו"ל	
תרופות מחוץ לסל	
ניתוחים בישראל	
אמבולטורי	
סה"כ תלויות	
<u>IBNR</u>	
סה"כ IBNR	
סה"כ תביעות	
רווח/הפסד	

2.3 **דו"ח מרכז**

	הוצאות	פרמיות נטו	תביעות משולמות	תלויות		IBNR	סה"כ תביעות	LR	רווח/הפסד

2.4 דוח מרכז של כל התביעות

מס' תביעה	סוג המבוטח (עובד/בן זוג/ילד/גמלאי	הכיסוי הביטוחי (משפחת הכיסויים לפי נושא) (השתלות, ניתוחים בישראל, תרופות, אמבולטורי)	תאור הטיפול (פירוט לפי כל טיפול: השתלה, ניתוח, תרופה, יעוץ , בדיקות, הפריה וכו)	תאריך אירוע	תאריך פתיחת תביעה	סטאטוס תביעה	תאריך תשלום	סכום תשלום	סכום תלוי
סה"כ									