

נובמבר 2022

עובד/ת יקר/ה

הנהלת הטכניון, הנהלת מוסד הטכניון למי"פ בע"מ וארגוני העובדים מתכבדים להציג את פוליסת הבריאות החדשה, המיועדת להביא לך ולבני משפחתך רוגע וביטחון.

בעקבות שינויים שחלים בביטוחי הבריאות הוקדם מועד חידוש פוליסת הבריאות.

במהלך החודשים האחרונים שקד צוות מיוחד במטרה לשפר את הכיסויים הקיימים ולהוספת כיסויים חדשים לפוליסה החדשה. אנו שמחים מאד לעדכן שמאמצינו נשאו פרי, הפוליסה שופרה, וקבלנו את הכיסוי הביטוחי המשמעותי והמשתלם ביותר עבור העובדים.

ביטוח הבריאות המובא לפניך נותן מענה הן עבור מצבים רפואיים שעלולים להיות יקרים, והן עבור שירותים אמבולטוריים מורחבים, בדיקות הריון, תרופות ועוד.

לפוליסה נוספה הרחבה נוספת, ותנאי הפוליסה יהיו תקפים עד לתאריך 31/10/2027.

להצטרפות ובכל שאלה ניתן לפנות לנציגי סוכנות "מדנס", החברה המפעילה את ביטוח הבריאות של עובדי הטכניון. לידיעתכם, לפוליסת ביטוח זו ניתן לצרף בני משפחה ולבחור את ההרחבות המתאימות להם. מספר טלפון לקביעת פגישה 03-6380390

מידע מפורט על תנאי הפוליסה ואופן הפעלתה מפורטים באתרי ארגוני העובדים ובאתר סוכנות מדנס.

אנו מאחלים לך ולבני משפחתך בריאות טובה.

"במקום שיש בריאות, יש תקווה ובמקום שיש תקווה יש הכל"

בברכה,

הנהלת הטכניון הנהלת מוסד הטכניון וארגוני העובדים

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
23	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
42	פרק 1 - השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל
48	פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
52	פרק 3 - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
55	פרק 4 - כיסוי להתייעצויות, בדיקות והחזר הוצאות רפואיות מיוחדות
61	פרק 5 - ניתוחים: מסלול א' - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
66	מסלול ב' - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
74	פרק 6 - שירותים אמבולטוריים
83	פרק 7 - כתב שירות רפואה משלימה
87	פרק 8 - כתב שירות אבחנה מהירה
97	פרק 9 - כתב שירות רופא אישי
108	פרק 10 - כתב שירות יעוץ רופא מומחה באונליין (ONLINE)
115	דף רשימה
116	פרטי הסוכנות

תמצית תנאי הביטוח – טכניון סגל מנהלי

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי הטכניון – סגל מנהלי
שם בעל הפוליסה	טכניון – סגל מנהלי
סוג הביטוח	<p>בסיס השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי להתייעצויות, בדיקות והחזר הוצאות רפואיות מיוחדות</p> <p>הרחבה 1 ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל או ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל</p> <p>הרחבה 2 שירותים אמבולטוריים כתב שירות רפואה משלימה</p> <p>הרחבה 3 - כתבי שירות</p>
תקופת הביטוח	1.11.2022 - 31.10.2027 (5 שנים) (סעיף 2.1)
תיאור הביטוח	<p>בסיס: פרק 1 - השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק 3 - ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל פרק 4 - כיסוי להתייעצויות, בדיקות והחזר הוצאות רפואיות מיוחדות</p> <p>הרחבה 1: פרק 5 - ניתוחים בארץ: מסלול א' - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל מסלול ב' - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל</p> <p>הרחבה 2: פרק 6 - שירותים אמבולטוריים פרק 7 - כתב שירות רפואה משלימה</p> <p>הרחבה 3: כתבי שירות</p> <p>פרק 8 - כתב שירות אבחנה מהירה פרק 9 - כתב שירות רופא אישי פרק 10 - כתב שירות יעוץ רופא מומחה באונליין (ONLINE)</p>

תמצית פרטי הפוליסה

<p>כמפורט בס' 17 בפרק התנאים הכלליים, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: תרופות (ס' 4), ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל (ס' 2) ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 5), ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 5). כתב שירות רפואה משלימה (ס' 5) כתב שירות אבחנה מהירה (ס' 5), כתב שירות רופא אישי (ס' 7), כתב שירות רופא דיגיטלי (ס' ט).</p>			<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p>פרק השתלות (ר' סע' 3.4.10, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11 פרק ניתוחים בחו"ל ומחליפי ניתוח בחו"ל (ס' 1.4.7, 1.4.13, 1.4.12) פרק שירותים אמבולטוריים (ס' 3.12 ס' 3.39)</p>			<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>
<p>קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.</p>			<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>
<p>קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.</p>			<p>השתתפות עצמית</p>
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים</p>	<p>רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים</p>	<p>שם הכיסוי</p>	<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</p>
+		<p>השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל</p>	
+		<p>תרופות</p>	
	+	<p>ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל</p>	
+		<p>ניתוחים בחו"ל</p>	
+		<p>שירותים אמבולטוריים</p>	

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

תמצית פרטי הפוליסה

**דמי
הביטוח
החודשיים**

הרחבה 3 כתבי שירות	הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	פרמיה לעובד
		מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
22.5	לפי גיל כמפורט מטה (8/17.5/23.5)	107.5	113	59	לעובד/גמלאי בכל גיל ועד גיל 66 כולל

הרחבה 3 כתבי שירות	הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	פרמיות לשאר המבוטחים על פי גיל
		מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
13.5	8	9.5	10.5	17	0-25 (פרמיה לילד*)
22.5	17.5	107.5	113	51.5	26-45
22.5	23.5	107.5	113	51.5	46-66
22.5	26.5	193.5	197	91.5	67-70
22.5	32	193.5	197	94	71-75
22.5	32	193.5	197	110	+76

*החל מילד / נכד שלישי (עד גיל 25) חינם באותה משפחה.

נכון למדד הידוע ב - 1.11.22. כניסת ההסכם לתוקף

** גובה הפרמיה עבור עובד/ גמלאי מגיל 67 ומעלה לפי טבלת הפרמיות על פי גיל לעיל.

*קיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חינם (ילד עד גיל 25)- ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה.

ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה.

הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 25 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 25) עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

במקרה של ארבעה ילדים או יותר, ילד אשר הגיע לגיל 25, יגבו דמי ביטוח עבור הילדים הנותרים (עד גיל 25) מילד שלישי ואילך חינם.

הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 13231 נק' שפורסם ביום 15.10.2022 וכן בכפוף לשינויים באישורו של הממונה על שוק ההון.

באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- [כנס למחשבון](#)
מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.

תיאור הכיסויים בפוליסה

רובד בסיס:			
פרק 1 - השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
השתלות איברים שנלקחו מגופו של אדם או מבעלי חיים	ס' 3.1: השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. עד 5,358,850 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם.	
טיפול מיוחד בחו"ל	ס' 3.2 : ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו לפחות אחד מהתנאים המפורטים בס' 1.2	נותן שירות בהסכם - ללא תקרה. נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,607,655 ₪.	
תרופות	כיסוי בעת אשפוז, על פי הוראת צוות רפואי (ס' 3.3.6)	-	
הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז	ס' 3.3.2: טיפול רפואי בחו"ל שניתן במהלך האשפוז, הכולל שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.	-	
הוצאות אשפוז בחו"ל	ס' 3.3.7: הוצאות לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד עד 180 יום; ו/או לאחר ביצוע ההשתלה /טיפול מיוחד עד 300 יום.	-	
בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל	ס' 3.3.1: כיסוי מלא במקרה שיידרש המבוטח לבצע הבדיקות כולל טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.	-	
הוצאות איתור איבר להשתלה	ס' 3.4.1: הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל, רישום, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו לשם ההשתלה.	עד 210,000 ₪.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות טיפולי המשך בארץ או בחו"ל לאחר אשפוז	ס' 3.4.6: הוצאות הנובעות מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.	עד 200,000 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.	
הוצאות נסיעה לחו"ל והעברה יבשתית	ס' 3.3.8: הוצאות נסיעה למבוטח ולמלווה אחד או למבוטח ושני מלווים כשהמבוטח הוא קטין. הוצאות העברה יבשתית סבירות.		
הוצאות שימוש/ השתלת לב מלאכותי	ס' 3.3.10: הוצאות השתלת לב מלאכותי		
הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	ס' 3.4.3: הוצאות הטסה למבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה ביטסה מסחרית רגיל.	עד 107,177 ₪	
הוצאות שהייה בחו"ל	ס' 3.4.4: הוצאות שהייה ליום ליחיד ולמלווה או לקטין ולשני מלווים בעת השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל.	180 יום לפני ההשתלה/הטיפול ועד 300 יום לאחר ההשתלה/טיפול. 1000 ₪ למלווה יחיד ליום 1,500 ₪ לשני מלווים ליום ועד 214,354 ₪	
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	ס' 3.4.5: כיסוי הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל		
הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל	ס' 3.4.7: כיסוי להטסת גופת המבוטח אם המבוטח נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.		
ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל	ס' 3.4.9: ביקורת רפואית ובדיקות לאחר השתלה או טיפול מיוחד טיסה ושהייה.	עד 30,000 ₪	
פיצוי בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל	ס' 3.4.10 פיצוי בסך 10,000 ₪		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
פיצוי לפני ביצוע השתלה	ס' 3.6 מבוטח הנדרש לבצע השתלה וטרם ביצע, ללא דרישה להשתתפות המבטחת ישולם פיצוי חד פעמי של 400,000 ₪.		
פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח לאחר ביצוע ההשתלה	ס' 3.7: במקרה בו בחר המבוטח לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי של 375,119 ₪. השתלה בארץ – 100,000 ₪	-	
גמלה החלמה למועמד להשתלה	ס' 3.8: גמלה שתשולם למועמד להשתלה שנוקק לשירותי מטפל או אשפוז, למעט במקרה של השתלת עצם עצמית. עד 12 חודשים.	8,038 ₪ באשפוז – 4,019 ₪	
גמלת החלמה לאחר השתלה	ס' 3.9: גמלה שתשולם למבוטח לאחר ביצוע ההשתלה למעט במקרה של השתלת עצם עצמית, ולמשך 24 חודשים.	8,038 ₪ קרנית - 4,287 ₪ ל - 3 חודשים.	
החזר הוצאות בטיפול נסיוני למחלת הסרטן	ס' 3.10: איתור מוסד הוצאות נסיעה הוצאות הטסה רפואית שהייה בחו"ל – עד 60 יום. חו"ד/מחקר רפואי	53,588 ₪ 42,871 ₪ למבוטח ומלווה או למבוטח ושני מלווים 64,306 ₪ 107,177 ₪ 1072 ₪ למבוטח ומלווה, 1,608 ₪ לקטין ושני מלווים. 6,500 ₪	20%
פיצוי במקרה מוות כתוצאה מהשתלה	ס' 3.11 פטירה עד 7 ימים מביצוע ניתוח/ההשתלה	160,765 ₪	

פרק 2- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית	
תרופות	<p>1. התרופות הנכללות בס' 1: תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת האחת מהמדינות המפורטות בסעיף 1.11 לפליסה.</p> <p>2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 1.10 בפרק זה.</p> <p>3. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL.</p> <p>4. תרופה למחלה יתומה.</p> <p>5. תרופות מכח סעיף 29(ג) לתקנות הרוקחים.</p>	<p>3,215,310 ₪ למשך 30 חודשים. סכום מתחדש.</p> <p>תרופה למחלת הסרטן עד 700,000 ₪. במידה והתרופה יעילה למבוטח - עד 1,500,000 ₪. רתרופה שאינה למחלן סרטן, עד 300,000 ₪ ואם יעילה למבוטח עד 800,000 ₪.</p>		<p>161 ₪ למרשם ועד 322 ₪ לכלל המרשמים לחודש.</p> <p>לתרופות למחלת הסרטן או שעלותן מעל 5,000 ₪ לא תהא השתתפות עצמית.</p>	
בדיקות גנומיות	ס' 3.3: לקבלת החלטה לגבי סוג/טיפול/מינון התרופה	עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח.		15%	
קנאביס רפואי	ס' 3.7: כפוף לאישור הרשויות המוסמכות	1,000 ₪ לחודש ועד 25,000 ₪ ל- 30 חודשים		20%	
טיפול רפואי	ס' 3.9: טיפול הכרוך במתן התרופה	עד 214 ₪ ועד 60 יום			

פרק 3 - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ניתוח בחו"ל	סעיף 1.2	תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 3.1: באמצעות נותן שירותים שבהסכם: לא תחול תקרת סכום שיפוי. (כיסוי מלא). באמצעות נותן שירותים שלא בהסכם: 350,000 ₪ או 200% מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל ובנוסף השיפוי כפוף לתני התקרות השיפוי המפורטות מטה.		
מנתח/ מרדים	ס' 1.3	כמפורט בפוליסה		
הוצאות בית חולים בחו"ל	ס' 1.3	כמפורט בפוליסה		
הטסה רפואית	ס' 1.4.1: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח.	91,100 ₪.		
הוצאות טיסה ושהייה במקרה אשפוז של 7 ימים ומעלה	ס' 1.4.2: הוצאות טיסה לחו"ל במחיר כרטיס של מחלקת תיירות רגילה למבוטח ומלווה אחד (אם המבוטח קטין- כיסוי מלא ל 2 מלווים). הוצאות שהייה ליום למבוטח ולמלווה או לקטין ול- 2 מלווים.	הוצאות טיסה : 35,000 ₪ למבוטח ומלווה יחד, 50,000 ₪ למבוטח ושני מלווים. לשהייה : עד 1000 ₪ ליום למבוטח ומלווה. ועד 1,500 ₪ ליום לקטין ו 2 מלווים.		
כיסוי להוצאות הטסת גופה	ס' 1.4.3: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח כתוצאה מהניתוח /מחליף ניתוח בחו"ל.	-		
הבאת מומחה מחו"ל	ס' 1.4.4: מבוטח שלא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות בגין הבאת מומחה מחו"ל.	עד 107,177 ₪.		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הוצאות שהיה לאחר ניתוח	ס' 1.4.5: מבוטח שנדרש להישאר בקרבת בי"ח ללא אשפוז לצורך מעקב ובכפוף להוראת רופא מנתח, זכאי להחזר הוצאות שהיה	עד 30 ימים, 800 ₪ למבוטח ומלווה ליום, ועד 1,200 ₪ למבוטח ושני מלווים.		
התייעצות/ ביקורת בחו"ל לאחר ניתוח	ס' 1.4.6: התייעצות/ביקורת בחו"ל עד. כרטיס טיסה הוצאות שהיה למבוטח ומלווה עד 5 ימים.	עד 10,718 ₪. ועד 2 התייעצויות 10,718 ₪. 10,718 ₪.		20%
פיצוי מקרה מוות	ס' 1.4.7: בתוך 7 ימים לאחר הניתוח פיצוי 200,000 ₪			
ריפוי בעיסוק עקב ניתוח	ס' 1.4.8: ריפוי בעיסוק לאחר ניתוח	193 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים ועד שנה ממועד הניתוח.		
החלמה בעקבות ניתוח	ס' 1.4.9: לאחר ניתוח שבו נדרש אשפוז בן 7 ימים ועד 30 יום ממועד הניתוח	857 ₪ ליום ועד 7 ימים.		
שכר אחות פרטית	ס' 1.4.10: הוצאות העסקת אח/ות פרטית/ת בבית חולים	643 ₪ ליום ועד 8 ימים.		
שירותי אמבולנס	ס' 1.4.11: העברת המבוטח לבית חולים או בין בתי חולים	כיסוי מלא		
פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס B	ס' 1.4.12: פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס	250,000 ₪ .		
אובדן כושר עבודה	ס' 1.4.13: פיצוי בסך 3,000 ₪ עד 24 חודשים באכ"ע מוחלט.			

פרק 4 - כיסוי להתייעצויות, בדיקות והחזר הוצאות רפואיות מיוחדות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	ס' 3.1: התייעצויות עם רופאים מומחים.	עד 1,200 ₪ להתייעצות, עד 4 לשנת ביטוח		20%
בדיקות אבחנתיות	ס' 3.2: בדיקות רפואיות אבחנתיות	עד 5,359 ₪ לבדיקה ועד 14,000 ₪ לשנת ביטוח.		20%
שוות דעת שניה בארץ או בחו"ל	ס' 3.3: החזר עבור שוות דעת שניה בארץ או בחו"ל החזר הוצאות טיסה	עד 6,967 ₪. עד 4,823 ₪.		
הוצאות שיפוי רפואיות מחלה קשה בעת גילוי	ס' 4: בעת גילוי אחת מהמחלות המפורטות בפרק שיפוי עבור טיפול או שירות רפואי של המבוטח, כולל שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה על פי הוראת הרופא המטפל, אבירים רפואיים מושתלים, חיזוניים או מתכלים, התאמת הדיור לצרכי המבוטח, וכן טיפולים בסימפטומים של המחלה, או הנובעים ממצב רפואי המחלה המכוסה על פי פרק זה.	עד 30,000 ₪ למקרה ביטוח. סכום מתחדש לאחר 30 חודשים מתחילת הביטוח (1.11.2022).		20%

רובד הרחבה 1
פרק 5 מסלול א' - ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם
וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם. 2. נותן שירות אחר, עד גובה השיפוי המירבי.	נותן שירות בהסכם כיסוי מלא. נותן שירות אחר - עד סכום השיפוי המרבי (1,500 ₪)	
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד		
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז (כולל אשפוז טרום-ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	90 יום. מקרים של הריון או לידה - 12 חודשים
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם. 2. נותן שירות אחר .	נותן שירות בהסכם / אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי למחליף ניתוח כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	
<p>הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משוקקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.</p>			

**פרק 5 מסלול ב' - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות
שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: 3 התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	נותן שירות בהסכם - כיסוי מלא. נותן שירות אחר - עד סכום השיפוי המרבי (1,500 ₪)	
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד.		
הוצאות ניתוח בבית פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום-ניתוח). הכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	90 יום. מקרים של הריון או לידה - 12 חודשים
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם. 2. נותן שירות אחר.	נותן שירות בהסכם/ אחר - עד גובה סכום השיפוי המירבי למחליף ניתוח שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

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

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

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

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

רובד הרחבה 2
פרק 6 - שירותים אמבולטוריים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
חוו"ד שניה לבדיקה פתולוגית	ס' 3.1: חוו"ד שניה לבדיקה פתולוגית בארץ או בחו"ל	עד 4,823 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מההוצאות הממשיות	90 יום	20%
חוו"ד שניה לפענוח בדיקות הדמיה	ס' 3.2: חוות דעת שניה לפענוח הדמיה	עד 3,215 ₪ למקרה ביטוח	90 יום	20%
טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה	ס' 3.3: לפי הוראות רופא וע"י מטפל מוסמך.	עד 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	90 יום	20%
טיפול שיקום	ס' 3.4: טיפול שיקומי או ריפוי בעיסוק לאחר ניתוח או תאונה. על פי הוראת רופא.	עד 268 ₪ לטיפול ועד 22 טיפולים לשנת ביטוח.	90 יום	20%
שיקום דיגיטלי לאחר ניתוח גדול	ס' 3.5: שיקום לאחר ניתוח אורתופדי או אירוע מוחי או ניתוח לב ע"י מערכת טלמדיסין	עד 2,000 ₪ לתקופת השיקום.	90 יום	20%
ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה	ס' 3.6: מבוטח חולה סרטן או לאחר ארוע מוחי זכאי לכיסוי לצוות מלווה.	עד 5,000 לחודש ועד 20,000 למקרה ביטוח	90 יום	15%
שכר אח/ות פרטית בעת/לפני/ אחרי ניתוח בארץ	ס' 3.7: העסקת אח/ות פרטית, בעת אשפוז בבית חולים או בביתו.	750 ₪ ליום, ועד 14 יום.	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הדפסת איברים	ס' 3.8: פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איבר/ים להמחשה, הנדרש/ים לצורך הכנת הניתוח או הטיפול הרפואי.	2000 ש"ח הדמית תלת מימד, 10,000 ש"ח - הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ש"ח - הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה. 15,000 ש"ח - הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח.	90 יום	10%
חדר מלח	ס' 3.9: טיפול בחדר מלח במקרה של מחלת ריאות/ אסטמה/מחלת עור כפוף להפניית רופא	12 טיפולים בשנה ועד 120 ש"ח לטיפול	90 יום	
תא לחץ	ס' 3.10: טיפולים בתא לחץ	עד 10,500 ש"ח לשנת ביטוח.	90 יום	20%
שיקום הליכה ויציבה	ס' 3.11: עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביר דומה וכ"ו	7,502 ש"ח לתקופת ביטוח	90 יום	20%
פיצוי לאחר אשפוּח שלא מניתוח	ס' 3.12: במקרה של אשפוח בבית חולים שלא לצורך ניתוח	החל מהיום השלישי לאשפוח ועד 10 ימים. 400 ש"ח (פיצוי) ליום.	90 יום	
טיפולים אונקולוגיים	ס' 3.13: טיפולים אונקולוגיים כמפורט בפוליסה. לטיפול בהימופילטריציה או פרפוזיה ישירה	עד 107,177 ש"ח לשנת ביטוח. עד 214,354 ש"ח לשנת ביטוח.	90 יום	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות	ס' 3.14: בדיקות מעבדה ובדיקות גנטיות לבדיקת התאמה/מינון/טיפול	עד 32,153 ₪ למקרה ביטוח. כפוף להפניית רופא מומחה.	90 יום	15%
טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים	ס' 3.15: טיפול בפצעים פתוחים לרבות פצעי לחץ.	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח.	90 יום	15%
מנוי למשדר קרדילוגי	ס' 3.16: מנוי למשדר קרדילוגי לרבות שכירת או רכישת משדר	עד 161 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.	90 יום	25%
התעמלות שיקומית	ס' 3.17: התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב.	300 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.	90 יום	25%
החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן	ס' 3.18: שהיה במוסד החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן	750 ₪ ליום ועד 14 יום. 700 ₪ ליום ועד 21 יום.	90 יום	25%
טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	ס' 3.19: אביזרים או טיפולים בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	עד 4,287 ₪ לשנת ביטוח.	90 יום	25%
שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי	ס' 3.20: שיקום כושר דיבור או ראייה או ריפוי בעיסוק בעקבות אירוע מוחי או ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הראיה או הדיבור.	עד 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
אביזרים רפואיים	ס' 3.21: אביזרים רפואיים כמפורט בפוליסה	עד 7,000 ₪ ל - 30 חודשי ביטוח.	90 יום	20%
הזרקת חומרי סיכור למפרקים	ס' 3.22: הזרקה למפרקים או לעמוד שדרה	עד 4,287 ₪ לכלל הזריקות למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול, במקרה בו אינו מכוסה תחת מחליפי ניתוח	90 יום	
טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים	ס' 3.23: טיפול לריסוק הסתיידויות וטיפול בכאבי מפרקים ורקמות רכות.	עד 3,751 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול, במקרה בו אינו מכוסה תחת מחליפי ניתוח	90 יום	
טיפול בכאב	ס' 3.24: לטיפול בכאב, כאב גב ובלט דיסק כמפורט בפוליסה אביזר כגון קוצב כאב או משאבה	עד 1,500 ₪ לטיפול ועד 10,500 ₪ לכלל הטיפולים לשנת ביטוח. עד 30,000 ₪	90 יום	20% 25%
הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק	ס' 3.25: הזרקות לעמוד שדרה לטיפול בכאבי גב	עד 5,359 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול, במקרה בו אינו מכוסה תחת מחליפי ניתוח	90 יום	
הזרקות או טיפול בלייזר לוורידי הגפיים	ס' 3.26: במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי	עד 5,539 ₪ לכלל ההזרקות למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול במקרה בו אינו מכוסה תחת מחליפי ניתוח.	90 יום	
הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מגרנה	ס' 3.27: עלות הטיפול והחומר המוזרק ואביזרים נלווים.	עד 6,000 ₪ לכלל ההזרקות למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול.	90 יום	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית	ס' 3.28: עלות הטיפול והחומר המזורק	עד 2,144 ₪ להזרקה ועד 10,718 ₪ לסדרה בגין מקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול.	90 יום	
טיפול ממוקד במחלת הסרטן	ס' 3.29: טיפול בגלי הלם/קול/רדיו לטיפול בסרטן וכמפורט בפוליסה	עד 80,000 ₪ למקרה ביטוח.	90 יום	
שימוש ברובוט לצורך רפואי	ס' 3.30: טיפול רפואי חודרני באמצעות רובוט	40% מעלות הטיפול שניתן למבוטח ע"פ מחירון משרד הבריאות לאותו טיפול.	90 יום	60%
בדיקות ראייה באשפוז	ס' 3.31: לאחר תאונה או מחלה, במהלך אשפוז או בביתו של המבוטח	עד ל - 200 ₪.	90 יום	20%
טיפולים ו/או אבחון בעיות בהתפתחות (ילדים 3-16)	ס' 3.32: ע"י מאבחן מוכר/מכון מורשה בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נירולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד.	עד ל- 2,679 ₪ ל - 30 חודשים. 161 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לתקופה של 30 חודשים.	180 יום	20% 20%
רפואה מונעת מגיל 50 ואילך	ס' 3.33: ממוגרפיה אקו לב ודופלר, צפיפות העצם וכו"ו כמפורט בפוליסה	375 ₪ לבדיקה, לתקופה של 30 חודשים.	90 יום	20%
בדיקות הריון	ס' 3.34: בדיקות הריון למבוטחת כמפורט בפוליסה יעוץ גנטי	עד 6,431 ₪ להריון, ועד 175% מהתקרות להריון מרובה עוברים עד 4,287 ₪ להריון.	180 יום	20%
שימור דם טבורי	ס' 3.35: איסוף ושימור דם טבורי	עד 4,000 ₪ להריון.	180 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה	ס' 3.36 : הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה	עד 4,287 ₪ למקרה ביטוח.	180 יום	20%
אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון	ס' 3.37 : אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון למעלה מ-היום ה-14.	161 ₪ ליום. אשפוז ועד 30 ימים.	180 יום	
טיפול פריון והפריה חוץ גופית	ס' 3.38 : בדיקות וטיפול פריון על פי הפניית רופא	עד 20,000 ₪ לילד ועד 2 ילדים.	180 יום	20%
פונדקאות	ס' 3.39 : בדיקות רפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות	עד 25,000 ₪ לסדרת טיפולים ועד 3 סדרות טיפול.	180 יום	20%
תרומת ביצית	ס' 3.40 : תרומת ביצית והוצאות רפואיות נלוות	עד 20,000 ₪ לתרומת ביצית, ועד ל- 2 תרומות.	180 יום	80%
אביזרים לאחר ניתוח	ס' 3.41 : אביזרים הנדרשים למבוטח לאחר ניתוח לצורך הגנה על האיבר המנותח	2,500 ₪ למקרה ביטוח.	90 יום	20%

פרק 7 - כתב שירות רפואה משלימה בעת רכישת פרק אמבולטורי (פרק 6) יבוטל פרק זה עבור המבוטח				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
כתב שירות ברפואה משלימה	16 טיפולים בשנת ביטוח אצל ספק שירות שבהסדר			20%
רובד הרחבה 3 פרק 8 – כתבי שירות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
כתב שירות אבחנה מהירה	פניה למוקד שירות, שיחת טלפון מקדימה עם רופא, הליך אבחון ראשוני, הליך אבחון מורחב		45 יום	כמפורט בכתב השירות ₪ 170 / ₪ 600
כתב שירות רופא אישי	ליווי ע"י צוות רפואי מתחומי טיפול שונים בעת גילוי מחלה קשה/ ארוע רפואי קשה		90 יום	
כתב שירות רופא בקליק	קבלת שירות יעוץ רפואי מקוון		30 יום	₪ 120

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

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי הטכניון ובני משפחותיהם - סגל מנהלי

פרק מבוא הגדרות ותנאים כלליים

הגדרות:

1.

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.

- 1.1 **החברה** או **"המבטח"** - הפניקס חברה לביטוח בע"מ
- 1.2 **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 **"תאריך תחילת הביטוח"** - 1.11.22.
- 1.4 **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבטח לביטוח זה.
- 1.5 **"הסכם הביטוח"** - חוזה הביטוח מיום 1.11.22 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.6 **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.7 **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש.
- 1.8 **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.9 **"בית חולים פרטי"** - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ / שר"ן ו/או קרנות מחקר.
- 1.10 **"בית חולים שבהסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.8 ו 1.9 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.11 **"בעל הפוליסה"** - הטכניון ו/או מוסד הטכניון, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת ובלתי ניתנת לסתירה.
- 1.12 **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.

- 1.13 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.14 "חול" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינת אויב.
- 1.15 "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.16 "מנתח הסכם" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל ואשר קשור בהסכם עם המבטח.
- 1.17 "מנתח אחר" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.18 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.19 "רופא מרדים בהסכם" - רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמיים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.20 "רופא מרדים אחר" - רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.21 "אשפה" - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.22 "נותן שירות בהסכם" - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או מתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.23 "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.24 **שתל** - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוור ביטוח 2004 / 20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".** הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

- 1.25 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20 / 2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".** הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.
- 1.26 **"תחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבוטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו משגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל. **הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.**
- 1.27 **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.28 **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.29 **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.30 **"טיפול ניסיוני"** - טיפול כרפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול ואשר אינו קובנציונאלי ו/או אינו מקבול לפי אמות מידה מקובלות בישראל;
- 1.31 **"בדיקה פתולוגית"** / **"בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של

המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטיב בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.

- 1.32 **"יום אשפוז"** – שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
- 1.33 **"יועץ מלווה"** – היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכוני בריאות בע"מ.
- 1.34 **"המוטב"** – הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.35 **"המבוטח/ים"** – עובדים (כולל עובדי מחקר ועובדים אחרים שאינם זכאים למימון מבעל הפוליסה) וגמלאים של בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם, כולל בני אותו המין ולרבות ידועה/בציבור, וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים, ילדי אומנה, לרבות ילדים של בני הזוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד והגמלאי וכן ילדיהם (הנכדים) ובני/בנות זוגם של הנכדים וכן שאיריו של גמלאי שנפטר.
- 1.36 **"שב"ך"** – תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.37 **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.38 **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.39 **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט- 2009.
- 1.40 **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.
- 1.41 **"וועדת הליסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).
- 1.42 **"תקופת אכשרה"** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.
- 1.43 **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מניין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה

בכיסוי הביטוח, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשת בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.

- 1.44 **תקופת בדיקה** - 30 חודשים, אלא אם צוין אחרת.
- 1.45 **גיל הפרישה המוקדמת** - זכאות לקבלת גמלה מגיל 60, לגבר או אישה, כמשמעותו בסעיף 5 - לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004.
- 1.46 **"גמלאי"** - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשלום קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת. יובהר שעובד שעבד אצל בעל הפוליסה מעל ל 10 שנים ועזב את עבודתו, יוכל להמשיך בביטוח הקולקטיבי כגמלאי.
- 1.47 **"דמי הביטוח או הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה על פי תנאי הפוליסה.
- 1.48 **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.49 **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.
- 1.50 **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.51 **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.52 **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממש לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.53 **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.54 **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).

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

2. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים:

2.1 **תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, על כל נספחיהם, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:**

מבוטחים ברובד הבסיסי:

- א. עובד ובני משפחתו שהינם מבוטחים קיימים - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- ב. עובד חדש ובני משפחתו - היום בו מילאו טופס הצטרפות.
- ג. עובד ו/או בן משפחה שנדרש במליו הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה - הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירוף.

מבוטחים ברובד ההרחבה:

- א. עובד ובני משפחה שהינם מבוטחים קיימים - היום בו מילאו טופס הצטרפות.
- א. עובד חדש ובני משפחתו - היום בו מילאו טופס הצטרפות.
- ב. עובד ו/או בן משפחה שנדרש במליו הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה - הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירוף.

2.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- א. היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- ב. על אף האמור בסעיף (א), עובד שפרש לגמלאות ("גמלאי"), יהא רשאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה זו עם בני משפחתו המבוטחים ושאריו, ברצף ביטוחי מלא, בתנאי שהודיע למבטח על רצונו להישאר בביטוח זה בתוך 90 יום מיום פרישתו והעביר אמצעי גביה אישית.
- ג. בתום תקופת הסכם הביטוח.
- ד. במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא, בתוך שלושה ימים מיום קבלת בקשת הביטול. במקרה בו עובד או גמלאי (מבוטח ראשי) ביקש לבטל את הביטוח, יהיה רשאי בעל הפוליסה לבקש לכנס את ועדת הערר, בכדי לדון בתום לב בהשאת בני משפחת העובד או הגמלאי כמבוטחים בפוליסה.

לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד או גמלאי - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 25 (כולל), ישלח המבטח הודעה לסוכן הביטוח, עם עותק לבעל הפוליסה, ויעדכן: (א) על הגעת הילד לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של "ילד בוגר", ו (ב) על האפשרות להעביר את התשלום לכרטיס אשראי. במידה והעובד בחר שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר, יוכל הילד הבוגר להמשיך בביטוח פרטי בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט.

3. אופן ההצטרפות:

3.1 מבוטחים קיימים:

- 3.1.1 מבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם, יצורפו אוטומטית לרובד **אשר בו היו מבוטחים בביטוח הקודם**, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.
- 3.1.2 מבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם, המבקשים להצטרף לאחד מרובדי ההרחבה, יוכלו לעשות כן בכפוף למילוי טופס הצטרפות ו/או אשרור על פי הנחיות הפיקוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, וזאת במהלך 90 יום ממועד תחילת הביטוח.
- 3.1.3 מועד תחילת הביטוח עבור מבוטחים קיימים יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח הקודם. מבוטחים שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוח, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים בלבד ממועד תחילת הביטוח הנוכחי.

3.2 מבוטחים חדשים:

- עובד חדש אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו, או עובד או גמלאי קיים של בעל הפוליסה שלא היה מבוטח בביטוח הקודם ו/או בני משפחתו שלא היו מבוטחים בביטוח הקודם, או עובד שחזר מחל"ת או חל"ד ובני משפחתו ובתנאי שבמועד תחילת ההסכם היה בחל"ת או חל"ד, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, למעט היכן שקבוע אחרת בפוליסה, ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה, או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה, או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או חל"ד. מועד הצטרפותו לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרף להסכם הביטוח בפועל.
- 3.3 עובד שנישא או הפך לידוע בציבור (בכפוף להצגת מסמכים המעידים על היותם ידועים בציבור) בתקופת הביטוח, יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה, לרבות ילדים בוגרים ובני משפחתם, בתוך 90 יום ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור (על פי אסמכתא שתוצג לחברת הביטוח) ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הצירוף בפועל.
- 3.4 תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו המבוטח, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הולדת הילד או יום אימוצו. מובהר כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח הפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה, ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר, החל מהתאריך בו

הגיעו לגיל בוגר כמוגדר לעיל.

- 3.5 עובדים או גמלאים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מרבדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים או גמלאים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 30 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.
- 3.6 מבוטחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששםם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. במידה והעובד או הגמלאי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות כרטיס אשראי / הוראת קבע אישית למבטח.
- 3.7 יובהר כי גריעת מבוטח מקובץ המבוטחים ו/או אי הוספת מבוטח לקובץ המבוטחים, אשר נגרמה בטעות ו/או בתום לב ו/או עקב השמטה מקרית ו/או בלתי מכוונת, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שזכה יועבר על ידי בעל הפוליסה ו/או הסוכן אישור בכתב, המאשר את העובדה שגרירתו או אי הוספתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 3.8 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא יגלה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.9 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.10 על אף האמור לעיל, עובדים ו/או בני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לפרקי כיסוי חופפים ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים או צילום מסך מ"הר הביטוח" המעיד על תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם שלהם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תתבטלה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. יובהר כי המבטח לא יכסה מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת וכן כי מתן הרצף יהא בכפוף לקבלת הבקשה להצטרפות בתקופה בה מתאפשר צירוף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות.
- 3.11 מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").

3.12 מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום, ככול שנדרש, יבוצע בתוך 30 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. למען הסר ספק, שולמו למבטח דמי ביטוח בטרם ניתנה החלטת המבטח כאמור, לא יהווה האמור ראייה להסכמה לקבלה לביטוח. קרה מקרה הביטוח בטרם נתן המבטח את החלטתו בדבר הקבלה לביטוח, באם לפי הוראות החיתום הקיימות אצל המבטח לגבי מבטחים בעלי מאפיינים דומים, המבטח היה מודיע למבטוח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח, ישלם המבטח למבטוח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי הקבוע בתכנית הביטוח.

3.13 צירוף מבטוח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי :

3.13.1 מוטלת על המבטוח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים; לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבטוח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטוח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרק כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטוח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבטוח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

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

הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבטוחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

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

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

4. תקופת הסכם הביטוח:

- 4.1 תקופת הסכם הביטוח והפוליסה תהיה מיום: 01.11.2022 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום: 31.10.2027 (להלן: "תקופת ההסכם").
- 4.2 בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.
- 4.3 במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים להסכם זה.
- 4.4 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

5. ברות ביטוח (בעת שהייה בחו"ל או בחל"ת או בחל"ד):

עובד ובני משפחתו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא העובד בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954, כולל הארכה של החל"ד לחל"ת ו/או חל"ת מכל סיבה שהיא, בתנאי שבמהלך חופשת הלידה ו/או החל"ת שמם ויפיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה ו/או שהפרמיה החודשית תשולם ישירות על ידי העובד באמצעות כרטיס אשראי או באמצעי גבייה אישי אחר.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

- 6.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח, או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, בין היתר כתוצאה מפיטורין, עזיבת עבודה, פרישה לגמלאות, או גירושין, יוכל מבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים) ובהנחות מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטחת בשיעור 25% למשך שנתיים ו 10% מהשנה השלישית ועד השנה החמישית, כולל.
- 6.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 6.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 6.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.

6.5 במידה וכיסיי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסיים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסיים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסיים ולסכומים החדשים.

6.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסיים החופפים בפוליסת הפרט.

6.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

6.8 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסיים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסיים אלה.

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

הרחבה 3 כתבי שירות	הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	פרמיה לעובד
		מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
22.5	לפי גיל כמפורט מטה (8/17.5/23.5)	107.5	113	59	לעובד/גמלאי בכל גיל ועד גיל 66 כולל

הרחבה 3 כתבי שירות	הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	פרמיות לשאר המבוטחים על פי גיל
		מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
13.5	8	9.5	10.5	17	0-25 (פרמיה לילד*)
22.5	17.5	107.5	113	51.5	26-45
22.5	23.5	107.5	113	51.5	46-66
22.5	26.5	193.5	197	91.5	67-70
22.5	32	193.5	197	94	71-75
22.5	32	193.5	197	110	+76

*החל מילד/נכד שלישי, בחינם
 נכון למדד שיפורסם ביום 15.10.2022 13231 נק' בכניסת ההסכם לתוקף

**** גובה הפרמיה עבור עובד/ גמלאי מגיל 67 ומעלה לפי טבלת הפרמיות על פי גיל לעיל.**

אופן תשלום הפרמיה:

- 7.1 עובד ברובד הבסיס (לא כולל עובדי מחקר) - במימון המעסיק, לא כולל גילום מס.
עובד ברבדי ההרחבה - במימון העובד.
בני משפחה של עובד בכל הרבדים - במימון העובד באמצעי גבייה אישי.
עובד מחקר, גמלאי ובני משפחתם - במימון עובד המחקר ו/או הגמלאי באמצעי גבייה אישי.
- 7.2 בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם. תשלום עבור הרחבות לעובד ופרמיה עבור בני משפחתו של עובד, תשלום מהגמלאים ובני משפחתם, ייגבה ישירות על ידי המבטח באמצעות אמצעי גבייה אישי.
- 7.3 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס"). המדד שיפורסם ביום 15.10.2022 13231 נק'.
- 7.4 קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:
מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים, חדשים, במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-
- 7.4.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- 7.4.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- 7.4.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 7.4.4 במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 7.4.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7.5 התאמת דמי הביטוח:

- 7.5.1 בתום (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח (1.11.2022) תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה.
- 7.5.2 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח לעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מ 25%. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית, הצדדים רשאים בהסכמה לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים נוספים לפוליסה כפי שיוחלט בין הצדדים.

8. תגמולי ביטוח:

- 8.1 המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או בחשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 8.2 בכפוף לאמור לעיל, המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 8.3 במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.
- 8.4 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל או במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 8.5 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 8.6 נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

8.7 הוראות לעניין כפל ביטוח וזכות שיבוב: המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

8.8 המבטח יודיע למבוטח בתוך 7 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור או דחיה של התביעה. יודגש, שבמקרים בהם מדובר בפרוצדורות עתידיות, שטרם בוצעו, האישור (או הדחיה) יינתן על פי הצורך הרפואי.

9. תחלוף (סברוגציה):

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

9.2 במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

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

10. ביטוח כפל:

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

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

11. התיישנות תביעות:

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

12. תביעות:

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

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

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

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

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

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

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

1. כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
2. את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

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

13.2 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח,

- לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 13.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 13.4 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 13.5 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.
- 13.6 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.
- 13.7 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- 13.8 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.

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

- 14.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה,

במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

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

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

15. תנאי הצמדה למדד:

כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:

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

15.1.1 "המדד היסודי" - המדד הידוע ביום 15.10.2022 13231 נק'.

15.1.2 "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

15.2 כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

15.3 כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

16. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי :

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול

רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

17. חריגים כלליים:

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

- 17.1 מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, ובתוך תקופת האכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה, בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 17.2 פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה זכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 17.3 פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.
- 17.4 שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).
- 17.5 מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 17.6 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 17.7 עיקור מרצון (למעט הכיסויים הנקובים בפרק האמבולטורי).
- 17.8 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/י; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתת לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חיך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

17.9 טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הלסינקי.

17.10

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

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

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

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

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

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

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

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

א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה;

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

רובד בסיס
פרק 1 - השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות:

- 1.1 **המרכז הלאומי להשתלות** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
- 1.2 **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.
- 1.2.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל .
- 1.2.2 סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
- 1.2.3 הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל .
- 1.2.4 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
- 1.2.5 ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באופן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
- 1.2.6 הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.
- 1.2.7 הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.
- 1.3 **השתלה** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב, (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים יחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. השתלה של איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים בתנאי מעבדה, תקרא "השתלת איברים שגודלו במעבדה" ותחשב כמקרה ביטוח על פי תנאי פוליסה זו.

מובהר כי השימוש במכונת החייה ו/או תפעול כלייה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל)

שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה ע"פ פרק זה

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

- 1.3.1 ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
- 1.3.2 ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.
- 1.3.3 ההשתלה כפופה לחוק סחר באיברים

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

2. מקרה ביטוח:

- 2.1 השתלה: מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה.
- 2.2 טיפול מיוחד בחו"ל: מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.

3. התחייבות המבטח:

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

- 3.1 לעניין השתלה אשר נערכת בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית בסך 5,358,850 ₪ כמפורט בנספח גבולות אחריות המבטח. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008.
- 3.2 לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין ניתוחים או טיפול מיוחד, אשר מבוצע בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. אם הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל מבוצע בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי בסך 1,607,655 ₪.
- 3.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו- 3.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:
 - 3.3.1 תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בין אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה (עד 180 יום).
 - 3.3.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות

חדר ניתוח. תשלום בגין שתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

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

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

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

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

3.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.

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

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

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

3.4 הוצאות נילות

3.4.1 הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי וזאת עד לסכום של 210,000 ₪.

3.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

3.4.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 107,177 ₪.

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

- 3.4.5 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.6 הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד לתקרת סכום של 200,000 ש.נ.
- 3.4.7 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.8 תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת סכום של 160,765 ש.נ.
- 3.4.9 תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, עד לתקרה של 30,000 ש.נ.
- 3.4.10 תשלום פיצוי בסך 10,000 ש.נ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.
- 3.5 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.11 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.5, 3.4.7 – הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה. יובהר, שבמידה יוצא המבוטח לחו"ל להשתלה או לטיפול מיוחד ומכל סיבה שהיא (רפואית או אחרת) לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל, המבטח יישא בהוצאות כמפורט בסעיפים 3.3-3.4. כיסוי ההוצאות לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד לתקרת הכיסוי המופיעות בפרק זה בניכוי סכומים שכבר שולמו.
- 3.6 **תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:**
מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטח על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 400,000 ש.נ, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.
- 3.7 **תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה:**
מבוטח שעבר השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם

עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 375,119 ₪ עבור השתלה בחו"ל ו- 100,000 ₪ עבור השתלה בארץ ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.

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

3.8 גמלת החלמה למועמד להשתלה:

3.8.1 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית) המרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי ונוזקק לשירותי מטפל, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 8,038 ₪ בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ- 12 חודשים.

3.8.2 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית) השוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 4,019 ₪ ולמשך תקופה של עד 12 חודשים.

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

3.9 גמלת החלמה לאחר השתלה:

3.9.1 עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבוטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי הנדרש לאחר השתלה בסך 8,038 ₪ החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים עבר המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל וקופ"ח השתתפה בהוצאות הטיפול, ישלם המבוטח למבוטח פיצוי חודשי כאמור.
לאחר השתלת קרנית, יהא המבוטח זכאי לתשלום גמלה בסך 4,287 ₪ למשך 3 חודשים.

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

3.10 טיפול ניסיוני בחו"ל:

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

- 3.10.2 עלות איתור מוסד רפואי בו מבוצע ניסוי העשוי להתאים לצורכי המבוטח, מקום הניסוי, ועלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 53,588 ₪.
- 3.10.3 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 42,871 ₪ למבוטח ולמלווה אחד, ועד 64,306 ₪ לשני מלווים, נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.10.4 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 107,177 ₪.
- 3.10.5 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1,072 ₪ ליום למלווה, ו-עד 1,608 ₪ לשני מלווים.
- 3.10.6 המבטח ישלם עבור חוות דעת רפואית מורחבת (להלן: השירות) ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח הכולל תקציר כתוב בשפה העברית המסכם את תוצאות החיפוש חתום ע"י רופא ו/או מידען רפואי. גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ו/או המחקר הרפואי האישי ולא יותר מ- 6,500 ₪ לפי הנמוך מבניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.10.7 יובהר שהכיסוי הינו בגין טיפולים ניסיוניים כמפורט בסעיף 3.10.1 בלבד.
- 3.11 **פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד:**
נפטר המבוטח כתוצאה או במהלך השתלה או טיפול מיוחד תוך עד 7 ימים מיום הניתוח (כולל), תשלם המבטחת למוטבים (ובהיעדר קביעת מוטבים ליורשים ע"פ דין) פיצוי בסך 160,765 ₪ ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל בפרק זה.

1.

הגדרות מיוחדות

- 1.1 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב.
- ההגדרה "תרופה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**
- 1.2 **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.4 **תרופה יתומה** - תרופה אשר אושרה לשימוש והוכרה כתרופה יתומה (Orphan Drug) באחת המדינות המוכרות, המיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר, ולמעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 1.5 **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.6 **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.7 **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.8 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9 **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.10 **רופא בית חולים-רופא העובד** במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז).

1.11 **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

1.12 **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL:** תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.

1.13 פרסום רשמי - אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA
2. American Hospital Formulary Service Drug Information
3. US Pharmacopoeia-Drug Information
4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
 - ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.
 - ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א. NCCN
 - ב. ASCO
 - ג. NICE
 - ד. ESMO Minimal Recommendation

1.14 תרופה ו/או טיפול ניסיוני:

תרופה ו/או טיפול שהשימוש בו אינו מאושר על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול במחלתו של המבוטח והמחייבת אישור של ועדת הליסינג.

2. מקרה הביטוח:

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

ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

2.2 מובהר כי אישור מכוח תקנה 29(א)(1), 29(א)(3), 29(א)(4) ו/או 29(א)(10) לתקנות

הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986 (בין היתר, אישור למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל לחולה ספציפי), יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לשימוש בתרופה והיא תכוסה במסגרת הפוליסה עד לסכום ביטוח מרבי של 700,000 ₪ לתרופה לסרטן ובמידה ויוכח שהטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות, יוגדל סכום זה ל 1,500,000 ₪. הסכום המרבי לתרופה שאינה לסרטן הינו 300,000 ₪ ובמידה ויוכח שהטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות, יוגדל סכום זה ל 800,000 ₪. כל הסכומים בסעיף זה הינם למשך כל תקופת הביטוח.

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

3. **חבות המבטח ותגמולי הביטוח:**

3.1 המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות ובכפוף לאמור בתנאים הכלליים ו/או ישלם ישירות לנוותן השירות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, עד תקרת סכום הביטוח המרבי בסך 3,215,310 ₪ לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה, בניכוי השתתפות עצמית בסך 161 ₪ לחודש. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

3.1.1 במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום של 322 ₪.

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

3.2 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה מהשב"ן ושילם במסגרתה השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.

3.3 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתה סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב ולא יותר מהסכום הכולל של 40,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%, יודגש שככל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא. יובהר שבמקרים בהם בוצעה בדיקה גנומית להתאמת תרופה ונמצאה תרופה מתאימה, יוכפלו סכומי הביטוח.

3.4 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול

תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.

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

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

3.7 קנאביס רפואי: המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי בסך של 1,000 ₪ לחודש ועד סכום ביטוח מרבי של 25,000 ₪ למשך 30 חודשים ומתחדש כל 30 חודשים, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה.

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

3.9 המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום של 214 ₪ ליום ועד 60 יום.

4. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי המבטח לא יהא חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

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

4.2 תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.

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

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

- 1.1 **הכיסוי הביטוחי**
- 1.2 **מקרה הביטוח:** ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 תואם הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על יד המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. בהיודע למבטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מיידי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ובוצע הניתוח ללא תאום מוקדם של המבטח סכום השיפוי המרבי יהיה 350,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוה מביניהם.
- 1.3 **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.
- 1.4 **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:
- 1.4.1 **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית של 91,100 ₪ הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.4.2 **כיסוי להוצאות טיסה, העברה יבשתית ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של המבטח ומלווה אחד (במקרה של מבטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 35,000 ₪ למבטח ומלווה יחיד, ועד 50,000 ₪ למבטח ושני מלווים לכיסוי הוצאות הטסה. בגין השהייה, סכום הביטוח המרבי לא יעלה על 1,000 ₪ ליום למבטח ומלווה יחיד ועד 1,500 ₪ ליום למבטח ושני מלווים.
- 1.4.3 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל.

- 1.4.4 **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:**
מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד לסכום של 107,177 ₪.
- 1.4.5 **כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח:** בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 30 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה עד 800 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או 1,200 ₪ למבוטח ושני מלווים, לכל יום שהייה ולא יותר מ- 30 ימים.
- 1.4.6 **כיסוי להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר הניתוח:**
- 1.4.6.1 נזקק המבוטח להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל עם הרופא המנתח, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות שהוציא עבור ההתייעצות ו/או הביקורת בחו"ל עד לסך של 10,718 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבוטח זכאי לשתי (2) התייעצויות ו/או ביקורות בחו"ל במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח.
- 1.4.6.2 המבטחת תשפה את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה בטיסה סדירה ועד לתקרת בסך 10,718 ₪ ובגין הוצאות השהייה שלו ושל של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים ועד לסך של 10,718 ₪.
- 1.4.7 **פיצוי במקרה של מוות בניתוח אלקטיבי:** נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח במהלך הניתוח או תוך 7 ימים לאחריו, ישלם המבטח למוטבים (ובהיעדר מוטבים ליורשי המבוטח על פי דין), פיצוי בסך 200,000 ₪. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל בפרק זה.
- 1.4.8 **ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:** המבטח ישפה א המבוטח בגין הוצאות ריפוי בעיסוק עקב הניתוח עד לסך של 193 ש"ח לטיפול, עד 12 טיפולים ועד שנה ממועד הניתוח, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.
- 1.4.9 **הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר ועד 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה, עד לסך של 857 ₪ ליום ועד 7 ימים.
- 1.4.10 **שכר אח/ות פרטית/ת לאחר ניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות העסקת אח/ות פרטית/ת בבית החולים, עד לסך של 643 ₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז.

- 1.4.11 **שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו לבית חולים או ממנו או בין בתי החולים בחו"ל.
- 1.4.12 **פיצוי בגין הדבקות באידס או הפטיטיס B כתוצאה מניתוח** : 250,000 ₪.
- 1.4.13 **אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח:** פיצוי בסך 3,000 ₪ עד 24 חודשים, במקרה של אכ"ע מוחלט בעקבות ניתוח.

2.

חריגים מיוחדים לפרק זה:
 בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

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

הגדרות מיוחדות

1.

"**בדיקות רפואיות אבחנתיות**" - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T), Capsule Wireless Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (fMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כולל מרכיב של בדיקה מעבדתית תכוסה גם אם המרכיב המעבדתי מבוצע בחו"ל.

מקרה הביטוח

2.

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתייבות המבטח:

3.

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

3.1 התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח: המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/יות עד תקרה של 1,200 ₪ להתייעצות ועד 4 התייעצויות לשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות הכוללת של ההתייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוּז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון אחר המבוטחת והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.

3.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1 לעיל ולא יותר מהסכום של 14,000 ₪ לשנת ביטוח (עד 5,359 ₪ לבדיקה), ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.3 כיסוי לחוות דעת שנייה בארץ או בחו"ל: המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מהארץ או מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות

רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 6,967 ש"ח, לפי הנמוך מבניהם ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. המבוטח יקבל שיפוי מלא במידה והפניה לקבלת חוות הדעת השנייה בוצעה דרך המבטח באחת החברות עמן קשור המבטח. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל בכדי לקבל את חוות הדעת, ישפה אותו המבטח בגין הוצאות הטיסה עד הסכום של 4,823 ש"ח.

החזר בגין הוצאות רפואיות (שיפוי בגין מחלה קשה)

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק בסעיף זה, ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק בסעיף זה, ובכפוף לחריגים הכלליים.

מקרה הביטוח: אחד המקרים המפורטים להלן אשר אובחנו במבוטח במהלך תקופת הביטוח: 4.1

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

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

4.1.3 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.

4.1.4 מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) Terminal Liver (Disease)

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1. צהבת
2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
4. אנצפלופתיה כבדית;
5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת

טחול מאושרת ע"י בדיקת

US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפרטלי, או

היפרספלניזם.

4.1.5 אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)
 אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה

מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

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

4.1.6 מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

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

1. נפח FEV1 של פחות מ – 1 ליטר או מתחת ל – 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל – 50% או פחות מ – 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.

2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל – 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

4.1.7 יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)

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

4.1.8 צפדת (טטנוס) (Tetanus)

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

4.1.9 אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

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

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

4.1.11 ניתוח אבי העורקים (Aorta)

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

4.1.12 ניתוח מעקפי לב (CABG)

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

- 4.1.13 **שבץ מוחי (CVA)**
 כל אירוע מוחי (צרברווסקולרי), המתבטא בהפרעות נייורולוגיות או חוסר נייורולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נייורולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נייורולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.
- 4.1.14 **קרדיומויפוטיה (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.
- 4.1.15 **סרטן (Cancer)**
 נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין וכן סרטן שד מסוג DCIS. גידול של תאים ממאירים המצריך ניתוח, טיפול כימותרפי ו/או הקרנות יכוסה.
- 4.1.16 **אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia)**
 כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נייטרופניה 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.
- 4.1.17 **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)**
 תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נייורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפרמציות של כלי הדם המוחים והמטומות.
- 4.1.18 **חירשות (Deafness)**
 אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה באזן אחת או בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 4.1.19 **סוכרת נעורים מסוג - DIABETES – MELLITUS**
 סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה טרם מלאו לו 18 שנה.
- 4.1.20 **עיוורון (Blindness)**
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 4.1.21 **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)**
 שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות

בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

- 4.1.22 **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)**
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 4.1.23 **כוויות קשות (Severe Burns)**
כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 4.1.24 **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)**
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור, אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 4.1.25 **פרקינסון (Parkinson's Disease)**
האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
- 4.1.26 **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)**
מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
- 4.1.27 **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)**
עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 4.1.28 **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident)**
פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
- 4.1.29 **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)**
דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השידרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
- 4.1.30 **דלקת מוח (Encephalitis)**
דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
- 4.1.31 **איבוד גפיים (Loss of Limbs)**
איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.

4.1.32 תשישות נפש (Dementia)

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

4.2 זכאות לתגמולי ביטוח

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

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

4.3 זכאות לתגמולי ביטוח

בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגובה 80% מההוצאה בפועל, עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור, אותם שילם המבוטח במהלך 32 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. חבות המבטח הינה עד לתקרה של 30,000 ₪ למקרה ביטוח, סכום מתחדש לאחר 30 חודשים. מובהר כי במקרה והמבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה בגין אחת המחלות המנויות, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על התקרה כמפורט לעיל.

רובד הרחבה 1:

פרק 5 מסלול א' - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם טיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל

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

1. הגדרות:

- 1.1 בית חולים פרטי - אחד מאלה:**
- 1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים
ציבורי כללי,** כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים
(תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-
2013.
- 1.1.2 בית חולים ציבורי כללי -** כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות
המוסמכות בישראל אישרו לאותו ב"ח לספק שירות בחירת רופא
בתשלום;
- 1.2 התייעצות -** התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח,
בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.3 טיפול מחליף ניתוח -** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע
ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת
הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.4 מרפאה כירורגית פרטית -** מרפאה בישראל, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת
בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה
האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.5 ניתוח- פעולה פולשנית -** חדירנית 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 רופא מומחה -** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר
מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה
ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי
תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.7 קופת חולים- כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.**
- 1.8 שתל -** כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק
מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח
המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי

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

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
3.1 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**

3.2 שכר מנתח.

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

3.3.1 שכר רופא מרדים.

3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

3.3.3 ציוד מתכלה.

3.3.4 שתלים.

3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

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

3.4 טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4 תקופת אכשרה:

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

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

5. הגבלות לאחריות המבטח:

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

- 5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח לקיצור קיבה עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.5 השתלת איברים; לעניין זה "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הליסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הליסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 5.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.
- 5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
6. **תנאים מיוחדים לפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:**
- תנאים מיוחדים אלו יחולו על הפרק לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן - "פרק הניתוחים").

הגדרות (סעיף 1 לתוכנית)

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

סכום שיפוי מרבי בהתייעצות עם רופא מומחה – 1,500 ₪ .

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

מקרה הביטוח (סעיף 2 לפרק הניתוחים):

6.4 טיפול מחליף ניתוח – לרבות סדרת טיפולים מחליפי ניתוח.

תביעות

6.3 מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:

6.3.1 ביחס לניתוחים - רק באמצעות נותני שירות שבהסכם (עם המבטח).

המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה הביטוח שהנו ניתוח לפי תכנית זו.

לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע הניתוח בגין מקרה הביטוח.

6.3.2 ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות – באמצעות נותן שירות שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר. במקרה בו מקרה הביטוח הנו באמצעות נותן שירות שבהסכם, המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין המקרה ביטוח. לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח.

6.4 המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות שבהסכם או לנותן שירות אחר, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע הניתוח ו/או מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. **על אף האמור בסעיף 13.2 לתנאים הכלליים, מובהר כי המבטח לא יתן החזר כספי או תשלום כלשהו למבוטח במקרה של ניתוח על ידי נותן שירות שבהסכם.** מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר הוצאות הרפואיות לשם ביצוע הניתוח ו/או מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יא **רק עד לסכום השיפוי המרבי.**

- 6.5** "בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח" – מובהר כי הינן לרבות, בדיקה פתולוגית, בדיקות מעבדה המתבצעות במהלך האשפוז, בדיקות הדמיה המתבצעות על פי דרישת המנתח לקראת ניתוח ו/או במהלכו.
- 6.6** בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבוטח להמציא למבטח את אישור רופא מומחה בתחום הניתוח הנדרש בו יצוין שם הניתוח אשר אותו מיועד הטיפול המחליף ניתוח למנוע או להחליף.
- 6.7** בכפוף לאישור המפקח על הביטוח, המבטח יהיה רשאים לקבוע לגבי מקרים חריגים שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים בתחומים ייחודיים, כי היה רשאי להציע, לתקופת זמן מוגבלת, החזר כספי למבוטח ביחס ל ניתוחים באמצעות נותן שירות אחר. אפשרות כזו, ככל שתהא ובמתכונתה המאושרת, תפורסם באתר האינטרנט של החברה.

פרק 5 מסלול ב' - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם טיפולים מחליפי ניתוח בישראל

(פרק זה יחול על מבוטח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי המפורט בפרק 5 מסלול א')

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

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

1. הגדרות:

1.1 בית חולים פרטי אחד מאלה:

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

1.1.2 **בית חולים ציבורי כללי** - כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו בי"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

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

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

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

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

- 1.6 רופא מומחה - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;**
- 1.7 קופת חולים -** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.8 שתל -** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 תקופת אכשרה -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 תכנית שב"ן / שב"ן -** תכנית לשירותי בריאות נוספים אשר אינם כלולים בסל הקופה שירותי הבריאות מכח חוק בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. תכנית זו מוצעת על ידי קופת החולים לחבריה בעצמה או על ידי חברת בת שבשליטתה המלאה.
- 1.11 תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל -** כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל באמצעות נותני שירות שבהסכם בלבד ו/או בשל התייעצויות בישראל ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל, הכלול בתכנית ביטוח שהוצאה לפי התוספת הראשונה לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה- 2015 לביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ולפי החקיקה הנוספת הנוגעת לעניין זה.
- 1.12 תכנית ביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**
תכנית ביטוח המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים ו/או טיפולים מחליפי ניתוח ו/או התייעצויות בישראל והנותנת כיסוי ביטוחי להשלמת ההפרש בין סך ההוצאות בפועל לבין סך ההוצאות להן זכאי המבוטח לקבל על פי תנאי השב"ן בגין ביצוע הניתוח בישראל ו/ או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ו/או התייעצויות בישראל ועד לתקרות נותן השירות שבהסכם בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ותוכנית זו ובכפוף לאמור בתוכנית זו להלן. מובהר כי תכנית ביטוח משלים שב"ן תשלם את ההפרש האמור על כל מרכיב בתכנית זו ולא רק בגין הניתוחים הפרטיים בישראל, מקום בו קיימות למבוטח זכויות להחזר על פי תכנית השב"ן.
- 1.13 "מועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן" -** מועד הביטול יהיה על פי אחד מהמועדים הבאים, המוקדם מביניהם:
- 1.13.1** מועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן ו/או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

1.13.2 המועד בו על פי תקנון השב"ן נכנסה לתוקף בקשת המבוטח להיגרע מתוכנית השב"ן.

1.14 תקופת אכשרה בשב"ן – תקופת זמן רצופה המתחילה במועד ההצטרפות לתוכנית השב"ן ו/או לחלקיה ו/או לפרקיה, הנקבעת על ידי קופת החולים המספקת את השב"ן והמשתנה מכיסוי לכיסוי ומקופת חולים לקופת חולים ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל חלק ו/או פרק בתוכנית השב"ן.

1.15 "אישור רשמי מקופת החולים" – אישור כתוב על דף הנושא את שם וסמל קופת החולים, חתום על ידי מורשה מטעם קופת החולים בצירוף חותמת קופת החולים.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2 שכר מנתח.

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

3.3.1 שכר רופא מרדים.

3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

3.3.3 ציוד מתכלה.

3.3.4 שתלים.

3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

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

3.4 טיפול מחליף ניתוח;

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

4 תקופת אכשרה

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

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

5. הגבלות לאחריות המבטח

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6

תנאים כלליים מיוחדים לפרק ניתוחים לפוליסת משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
תנאים מיוחדים אלו יחולו על פוליסת ביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן- "התוכנית") וכל הרחבה לתוכנית שהוגדרה ככזו (לא כולל תכניות נוספות הנלוות לתוכנית שאינן מוגדרות כהרחבה לתוכנית זו).
6.1 הגדרות

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

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

סכום שיפוי מרבי בהתייעצות עם רופא מומחה – 1,500 ₪ .

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

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

6.2 תביעות:

6.2.1 מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:
ביחס לניתוחים- רק באמצעות נותני שירות שבהסכם עם המבטח (רופא ובית חולים)
ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות - באמצעות נותן שירות שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר.

6.2.2 המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו. במקביל יפנה המבוטח לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן.

- 6.2.3** אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי פרק ניתוחים זה. למען הזהירות ועל מנת שלא להתחייב להוצאות שלא יוכרו לאחר מכן על ידי המבטח, מומלץ למבוטח לקבל את אישור המבטח למקרה הביטוח (כגון: הניתוח, טיפול מחליף הניתוח) לפני ביצועו.
- 6.2.4** לאחר פניית המבוטח לשב"ן למימוש הזכאות על פי תנאי השב"ן ולאחר שעבר את מקרה הביטוח (הניתוח/טיפול מחליף ניתוח/ התייעצות) ישלם המבטח למבוטח ו/או לנותן השירות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין החזר ההוצאות להן המבוטח זכאי על פי תנאי השב"ן (להלן: "ההפרש").
- 6.2.5** למען הסר ספק, מובהר בזאת כי סה"כ סכום החזר ההוצאות למבוטח על ידי המבטח והזכאות להחזר על פי תנאי השב"ן ביחד, לא יעלה על סכום השיפוי המירבי.
- 6.2.6** החזר ההוצאות יינתן עבור ההוצאות בפועל של המבוטח על פי קבלות מקוריות התומכות בהוצאותיו בגין מקרה הביטוח. בהעדר קבלות מקוריות- ראה לעניין זה הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכללים לעיל.
- 6.2.7** על מנת שהמבטח יוכל לשלם למבוטח ו/או לנותן השירות את ההפרש כאמור לעיל, ימציא המבוטח למבטח אישור רשמי מקופת החולים על קיום זכאות המבוטח ועל סך ההוצאות בפועל בהן יחוייב על פי תנאי השב"ן.
- 6.2.8** במקרים הבאים בלבד לא תהיה קיומה של הזכאות על פי תכנית השב"ן תנאי מוקדם לקיום חבות המבטח על פי תכנית זו:
- 6.2.8.1** במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישפה המבטח את המבוטח ו/או ישלם לנותן השירות עבור סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המשוקת באותה העת בחברה.

6.2.8.2 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר וזאת על פי אישור רשמי מקופת החולים (להלן: "הקופה") אותו ימציא המבטח למבטח לגבי ההוצאות שהיו משולמות לו על ידי הקופה במקרה זה. על האישור הרשמי מקופת החולים האמור לציין מפורשות כי המבטח אינו זכאי לקבל החזר הוצאות ו/או שירותים על פי תנאי השב"ן בגין מקרה הביטוח ואת הסיבה לאי הזכאות. במקרה ולא ימציא המבטח אישור רשמי מקופת החולים כאמור למבטח, יסתמך המבטח לצורך התשלום למבטח ו/או לנותן השירות על מידע שאסף אודות ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצות זהה או דומה ששילם הוצאותיו למבטח/ים בעבר במסגרת תכנית זו או הדומה לה במחמתה. **למען הסר ספק, מוצהר ומוסכם בואת, כי על המבטח לשתף פעולה עם המבטח להשגת האישור האמור.**

6.2.8.3 **מבטח שגויס לשרות חובה סדיר בצה"ל** וזאת למשך כל תקופת שירותו בשרות חובה סדיר. למען הסר ספק, האמור לעיל אינו כולל שירות מילואים ו/או קבע בצה"ל.

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

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

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

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

6.2.12 ברות ביטוח

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

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

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

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

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

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

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

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

רובד הרחבה 2:

פרק 6 - שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

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

1.2 "בדיקות ושירותים להריון"

1.2.1 בדיקת חלבון עוברי.

1.2.2 בדיקת שקיפות עורפית.

1.2.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.

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

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

1.2.6 מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.

1.2.7 בדיקת אקו לב של העובר.

1.2.8 בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI ואחרים.

1.2.9 שימור דם טבורי

1.2.10 כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה

1.3 "בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון": סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.

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

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

2. מקרה הביטוח:

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

שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

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

- 3.1 **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 4,823 ₪, לפי הנמוך מבניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.
- 3.2 **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד לסך של 3,215 ₪.
- 3.3 **טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי ו/או ההידרותרפי עד לסכום של 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח, ובכפוף ל - 20% השתתפות עצמית, ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורתופד מומחה.
- 3.4 **טיפול שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולי שיקום לאחר תאונה ו/או ניתוח ועל פי הוראת הרופא, כמפורט להלן: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק. תקרת החזר עד 268 ₪ לטיפול ולא יותר מ - 22 טיפולים לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.5 **שיקום דיגיטלי לאחר ניתוח גדול:** מבוטח שעבר ניתוח להחלפת פרק ירך ו/או פרק ברך ו/או לאחר אירוע מוחי ו/או לאחר ניתוח לב ויבצע את השיקום לאחר הניתוח בביתו באמצעות מערכת טלמדיסין אשר מנחה את החולה ומדריכה אותו באמצעות אפליקציה ממוחשבת מפוקחת על ידי פיזיותרפיסט שיקומי, ישופה בסכום של עד 2,000 ₪ לכל תקופת השיקום בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.6 **ליווי מקצועי ותמיכה בחולה קשה:** מבוטח/ת אשר אובחן כחולה במחלת הסרטן או עבר אירוע מוחי יהיה רשאי לרכוש שירותי ליווי מקצועי מצוות מולטי דיציפלינרי הכולל רופא מומחה, עובד/ת סוציאלי/ת, ו/או פסיכולוג/ית ו/או אחות לצורך קבלת מידע וסיוע רפואי ו/או סיעודי ו/או רגשי בעת ההתמודדות עם המחלה בשלביה השונים כולל בשלב של מחלה סופנית. המבוטח ישופה כנגד הצגת קבלות מלוות בסיכום השירות שניתן לו עד סכום ביטוח מרבי של 5,000 ₪ לחודש ולא יותר 20,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

3.7 **שכר אחות פרטית/ בעת, לפני ו/או לאחר ניתוח בארץ:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות העסקת אחות פרטית, עד לסך של 750 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז ו/או שהייה בבית בשנה, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.8 **הדפסת אברים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת ממד ו/או פעולות להדפסה תלת ממד של איבר/ים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת ממד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת ממד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבוטח ישופה כנגד חשבונית/קבלה בסך של 2000 ₪ עבור הדמיית תלת ממד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת ממד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת ממד של איבר להשתלה ו 15,000 ₪ עבור הדפסת תלת ממד של כלי עזר לניתוח. והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 10%.

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

3.10 **תא לחץ:** מתן חמצן בלחצים הגבוהים מהלחץ האטמוספירי כחלק מטיפול רפואי על פי התוויות רפואיות מקובלות בעולם. יכוסה טיפול בתא לחץ בכפוף להפניה של רופא מומחה מטעם המבוטח בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20% . תקרת החזר עד 10,500 ₪ לכל שנת ביטוח.

3.11 **שיקום הליכה ויציבה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה נוירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא אורטופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום , עד תקרת החזר בסך - 7,502 ₪ לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

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

בדיקות ושירותים אונקולוגיים:

3.13 **טיפולים אונקולוגיים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביוד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 107,177 ₪ לשנת ביטוח, לטיפול בהימופילטריציה או פרפוזיה ישירה עד תקרה של 214,354 ₪ לשנת ביטוח. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

שירותי רפואה גנטיים:

3.14 **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:** בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או המינוח. בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה. המבטח ישלם שירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מהסכום הכולל של 32,153 ₪ למקרה ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר או בדיקת צ'יפ גנטי.

טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:

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

שירותי רפואה קרדיולוגיים:

3.16 **מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי:** המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום של 161 ₪ לחודש, ועד 24 חודשים.

3.17 **התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב:** המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום של 300 ₪ לחודש, ועד 9 חודשים.

שירותי רפואה כלליים:

3.18 **החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן:** המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.1 לעיל, ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימוטרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תכנית ייעודית לחולים אונקולוגיים,

שאינו בית הבראה או בית מלון. המבטח ישתתף במימון עלויות ההחלמה עד 75% מהוצאה בפועל ובלבד: במקרה של ניתוח גדול רק אם השהייה במוסד ההחלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים, עד לסכום 750 ₪ ליום ועד 14 יום. במקרה של החלמה מסרטן, רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא להחלמה במוסד ההחלמה אונקולוגית ועד לסכום של 700 ₪ לכל יום טיפול ועד 21 ימי טיפול.

3.19 **טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות אוו ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום של 4,287 ₪ לשנת ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.20 **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב- amblyopia:** המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כאמור, כולל כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה וניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום 200 ₪ לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

3.21 **אביזרים רפואיים:** המבוטח זכאי להחזר בגין הוצאות עבור אביזר רפואי: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar.), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP. מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונס, קוצר ראייה מעל 7, השתלה קרנית וריפוי קרנית, עדשה טלסקופית שתל קוכולארי ו/או נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, גלוקמטר, חגרות בקע, מקלונים לבדיקת סוכר, או כל אביזר אחר ע"פ המלצת רופא מומחה בתחום. ההחזר הינו עד הסכום של 7,000 ₪, סכום המתחדש לאחר 30 חודשים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.22 **הזרקת חומרי סיכוך למפרקים, אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי בסך 4,287 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים) ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

- 3.23 **טיפול בגלי הלם, לייזר גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות**
טיפול בכאבי מפרקים ורקמות הרכות: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המזורק והאביזרים הנלווים (אם קיים), עד סכום מרבי בסך 3,751 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים). ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.
- 3.24 **טיפול בכאב:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולים הנדרשים להקלת כאב לרבות ולא רק כאבי גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלם, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב, משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הניירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ₪ לטיפול ו 10,500 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי בגין אביזר כגון קוצב נגד כאב או משאבה, ישולם החזר בסך של 75% מעלות האביזר ולא יותר מ 30,000 ₪. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.
- 3.25 **הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המזורק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי בסך 5,359 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים). ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.
- 3.26 **הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המזורק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי בסך 5,359 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים). ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.
- 3.27 **הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המזורק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי בסך 6,000 ₪ למקרה ביטוח (לטיפול בודד או סדרת טיפולים). ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.28 **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, עד סכום מרבי בסך 2,144 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ- 10,718 ₪ לסדרת הזרקות בגין עלות החומר והטיפול עצמו. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

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

3.30 **שימוש ברובוט לצורך רפואי:** עבר המבוטח טיפול רפואי חודרני באמצעות רובוט, ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 40% מעלות הטיפול שניתן למבוטח, על פי מחירון משרד הבריאות לאותו הטיפול. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.31 **בדיקות ראייה באשפוז:** המבטח ישפה את המבוטח בגין בדיקת ראייה שבוצעה במהלך אשפוז או בביתו של המבוטח לאחר תאונה או מחלה שבגינה המבוטח מאושפז או מרותק לביתו. המבטח ישפה את המבוטח, עד סכום שיפוי מרבי עד 200 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

התפתחות הילד:

3.32 **טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח בסך 2,679 ₪ כפוף להשתתפות עצמית בסך 20%, סכום המתחדש כל 30 חודשים.

המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל / למכון שבהסכם עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא ניוירולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 3-16. טיפול יעשה על ידי מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח של 161 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%, לתקופה המתחדשת בכל 30 חודשים.

רפואה מונעת:

3.33 **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, ציפיות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, תקרת החזר 375 שם לבדיקה הכל ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 20%. תקרה לכל תקופת בדיקה.

הריון ולידה:

3.34 **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.2 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ו/או בת הזוג להורות, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ו/או בת הזוג להורות עד לסכום בסך 6,431 ש"ח, וכן בגין יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההריון או לאחריו, עד לסכום בסך 4,287 ש"ח. בהריון מרובה עוברים התקרות שהינה 175% מהתקרות הנקובות לעיל.

3.35 **שימור דם טבורי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור איסוף ושימור דם טבורי, וזאת עד 4,000 ש"ח להריון ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.

3.36 **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבוטחת או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה עד סכום הביטוח בסך 4,287 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.37 **אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון:** מבוטחת שאושפזה כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה לתקופה העולה על 10 ימים תהיה זכאית לפיצוי בסך של 161 ש"ח לכל יום אשפוז החל מהיום ה-14 לאשפוז ולא יותר מ-30 ימים.

3.38 **טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחול:** המבטח ישפה את המבוטחת ב 80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית (I.V.F.) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות, כולל לצורך שימור ו/או פעולות חודרניות ברחם ו/או או בחוצרות ו/או פעולות חודרניות באשר, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע, למבוטח/ת ו/או בן/בת הזוג להורות ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה וזאת עד תקרת הסכום בסך 20,000 ש"ח לכל ילד, ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני ההורים מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.

3.39 **מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחול:** המבטח ישפה את המבוטח ב 80% מהסכום ששילם בפועל בגין הבדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות נעשתה עפ"י הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד תקרת הסכום בסך 25,000 ₪ לסדרת טיפולים ועד 3 סדרות טיפול. להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד. יובהר כי המדובר בבדיקות ושירותים להיריון, כולל בדיקות טרום היריון ובדיקות גנטיות וטיפולי IVF, שבוצעו לצורך הפונדקאות.

3.40 **תרומת ביצית בחו"ל:** המבטח ישלם למבוטחת תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מ-20,000 ₪ לתרומת ביצית והוצאה רפואית נלווית לתהליך זה ועד לשתי תרומות ביצית בכל תקופת הביטוח, בגין השגת תרומת ביצית בחו"ל ובכפוף לאישור בכתב מרופא פריון מומחה בארץ.

אביזרים לאחר ניתוח:

3.41 המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל אביזרים הנדרשים לו לאחר ניתוח לצורך הגנה על האיבר המנותח: עד תקרת הסכום בסך 2,500 ₪.

שיפוי שב"ן :

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

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

פרק 7 כתב שירות רפואה משלימה

1. בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות הנתונה להם לצידם:
- 1.1 "ההספק" - חברת ביקור רופא ו/או חברת פמי ו/או חברת נטלי ו/או כל חברת אחרת אשר נמצאת בהסכם עם חברת הביטוח.
- 1.2 "חברת הביטוח" - הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 1.3 "פוליסת הביטוח" - פוליסת ביטוח בריאות של חברת הביטוח, הכוללת כתב שירות לשירותי רפואה משלימה.
- 1.4 "מבוטח" - עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 21 אזרחי ארץ ישראל ששםם נקוב בקובץ הנתונים שיועבר מדי חודש לחברה על ידי המבוטח.
- 1.5 "המנוי" או "המשפחה המנויה" - מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.6 "נותן השירות" - נותן שירות באחד מתחומי רפואה משלימה המפורטים להלן.
- 1.7 "מרפאות הסדר" - מרפאות של נותני השירות, אשר הספק התקשר עמן בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה. רשימת מרפאות ההסדר תעודכן מעת לעת.
- 1.8 "מוקד השירות" - מוקד טלפוני, המופעל בקו טלפון מס' *3455.
- 1.9 "המדד" - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית סטטיסטית.
- 1.10 "מדד הבסיס" - כמפורט בפוליסה.
- 1.11 "מועד הקובע" - מועד תחילת תקופת הביטוח על פי פוליסת הביטוח, הנקוב בדף פרטי הביטוח.
2. **מקרה הביטוח** - מבוטח אשר לפי אבחנת הרופא המטפל בו (שהינו בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל) קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה מהרופא המטפל הנ"ל, או לפי העניין הפניה לייעוץ דיאטטי.
3. **רשימת הטיפולים המכוסים - אחד או יותר מהרשימה להלן:**
- 3.1 המנוי יהא זכאי לקבל שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד (להלן - "השירותים").
- 3.1.1 **אקופונקטורה** - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 3.1.2 **רפלקסולוגיה** - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 3.1.3 **שיאצו** - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת אנרגיה בגוף.

- 3.1.4 **אוסטיאופתיה** - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 3.1.5 **כירופרקטיקה** - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 3.1.6 **הומיאופתיה** - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 3.1.7 **פלדנקרייז** - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 3.1.8 **ביו - פידבק** - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 3.1.9 **נטורופתיה** - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 3.1.10 **ייעוץ דיאטטי** - התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.
- 3.1.11 **שיטת אלכסנדר** - שיטה שיקומית המשלבת לימוד הרגלי יציבה ותנועה.
- 3.1.12 **טוינא** - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב עיסוי רקמות עמוק.
- 3.2 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 4. תגמולי ביטוח:**
- 4.1 במסגרת כתב שירות זה יהיה המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, במידה והמליץ, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי, הזכאי לקבל את השירותים בהתאם לכתב שירות זה.
- 4.2 בכל מקרה, סידרת הטיפולים לה יהיה זכאי המנוי כאמור בסעיף 3.1 לעיל תכלול עד 16 (ששה עשר) טיפולים למבוטח בשנת ביטוח אחת (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישת הייעוץ נכללת במניין 16 הטיפולים), בין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.
- 5. חריגים:**
- 5.1 **השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).**
- 5.2 **השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.**
- 6. כללי:**

- 6.1 נזקק המנוי לשירות כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' תעודת הזהות שלו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח. מובהר, כי המצאת מכתב הפניה של הרופא המטפל כאמור בסעיף 2.1 לעיל מהווה תנאי מוקדם להפניית המנוי על ידי מוקד השירות לנותן השירות הרלוונטי.
- 6.2 המנוי יהיה זכאי לבחור את מרפאת ההסדר בה יקבל את השירות מתוך רשימת מרפאות ההסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו.
- 6.3 השירות על פי כתב שרות זה יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר ולפי לוח העבודה של מרפאות ההסדר. פגישת הייעוץ הראשונה תתואם על ידי מוקד השירות. המועד המדויק של יתרת סידרת הטיפולים יתואם ישירות בין המנוי לבין מרפאת ההסדר בה נערכה פגישת הייעוץ.
- 6.4 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 6.5 השירות יינתן במרפאת הסדר על פי הפנית מוקד השירות כאמור לעיל, כאשר על המנוי יהיה להגיע למרפאת ההסדר בעצמו ועל חשבונו.
- 6.6 עם תום מתן השירות יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי נותן השירות נתן את השירות.
- 6.7 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול הפנייה למרפאת ההסדר.
- 6.8 על אף האמור בכתב שירות זה, הספק לא יהא מחויב על פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות הספק למנוע.**
- 6.9 מחויבותו של הספק כלפי המנוי בטיפולו בפנייה של מנוי לקבלת השירות תסתיים במקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
- 6.9.1 הפניית המנוי למרפאת הסדר.
- 6.9.2 ביטול הפנייה לקבלת השירות ע"י הודעת המנוי למוקד.
- 6.10 האחריות בגין איכות השירות ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן השירות הרלוונטי בלבד והספק לא יהא אחראי בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:**
- 6.10.1 איכות הטיפול נשוא כתב שירות זה.**
- 6.10.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.**
- 6.10.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.**
- 6.11 מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי נותן השירות שיינתן בפועל את השירות, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי הספק ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני השירות והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

6.12 במקרים חריגים בלבד, יהא הספק רשאי, לפי שיקול דעתו המלא והבלעדי, לאשר את בקשת המנוי לקבל את השירות במרפאה שאינה נכללת במרפאות ההסדר, ואולם מובהר בזאת כי:

6.12.1 האחריות לתיאום ולביצוע הטיפולים יהיו על המנוי בלבד.

6.12.2 מבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף זה לעיל, הספק ו/או חברת הביטוח לא תהיינה אחראיות בכל צורה שהיא כלפי המנוי למעשה, מחדל או נזק כתוצאה מפנייתו למרפאה שאינה מרפאת הסדר.

6.12.3 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות בפועל את מלוא הסכום שיקבע ביניהם.

6.12.4 המנוי יהא זכאי לקבל מהספק החזר חלקי בהתאם ובכפוף לאמור בסעיף 7.2 להלן.

6.12.5 יובהר שבמידה ולספק אין נותן שירותים ברדיוס של עד 25 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי, יהא המנוי רשאי לקבל מהספק החזר חלקי כאמור בסעיף 7.2 להלן.

6.13 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד.

7. השתתפות עצמית:

7.1 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שבצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסכום השווה לשיעור של 20% ממחיר השירות שניתן לו על פי מחירון מרפאת ההסדר ללקוחות פרטיים כפי שיהיה בתוקף במועד מתן השירות. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא הספק זכאי להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

7.2 במקרים חריגים בהם אישר הספק קבלת שירות שלא במסגרת מרפאת הסדר, ישלם המנוי ישירות למרפאה שנתנה בפועל את השירות את מלוא הסכום שיידרש על ידה, והספק יחזיר לו כנגד המצאת הקבלה המקורית סכום השווה לשיעור של 50% מהתשלום הנ"ל, אך לא יותר מ- 150 ₪ (מאה וחמישים ₪).

7.3 הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס.

8. תקופת תוקפו של כתב השירות

תוקפו של כתב שירות זה כל עוד פוליסה זו בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטוחיה או במקרה בו הוסכם ע"י החברה ובעל הפוליסה על ביטול כתב השירות במהלך תקופת הביטוח או בסיומה. אולם, מבטוח אשר החל בקבלת טיפולים מנותן השירות ימצה את זכותו עד לסיום אותה סדרת טיפולים לאותה שנת ביטוח בלבד.

רובד הרחבה 3 כתיב שירות:
מבטוח הרוכש רובד זה וביקש לבטלו, לא יוכל לחזור ולרכוש כיסוי זה בשנית

כתב שירות – תנאים כלליים

"פוליסה בסיסית"- הפוליסה הקבוצתית אליה הצטרף/צורף המבטוח (כגון: פוליסה בריאות קבוצתית, פוליסת שנייים קבוצתית, פוליסת סיעוד (בלבד) קבוצתית, פוליסת בריאות ושנייים קבוצתית וכיו"ב).

ביטול כתיב שירות:

בנוסף על הקבוע בכל אחד מכתבי השירות, יחולו תאני הביטול המפורטים להלן:

א. ביטול על ידי המבטוח

כתב השירות יבוטל על פי בקשה בכתב אשר נמסרה למבטוח באחד מהמקרים הבאים, לפי קרות המוקדם שמביניהם:

1. בביטול הפוליסה הבסיסית על ידי המבטוח ביחס לכיסוי הביטוחי שניתן לו מכח פוליסה זו בהתאם לתנאי הפוליסה הבסיסית בכל הנוגע לביטולה.

2. מקום בו נגבתה מהמבטוח תשלום נפרד (דמי שירות/מנוי/פרמיה שאינו דמי השתתפות עצמית) מהפוליסה הבסיסית בגין כתב השירות – מקום בו ביקש המבטוח בכתב מהמבטוח לבטל את כתב השירות.

3. הביטול יכנס לתוקף בתוך 3 ימים מקבלת מכתב הביטול של המבטוח במשרדי המבטוח.

ב. ביטול על ידי המבטח

כתב השירות יבוטל על ידי המבטוח באחד מהמקרים הבאים, לפי קרות המוקדם שמביניהם:

1. בהתאם לתנאי הביטול על ידי המבטוח הקבועים בפוליסה הבסיסית.

2. מקום בו משולם על ידי המבטוח תשלום נפרד (דמי שירות/מנוי/פרמיה שאינו דמי השתתפות עצמית) מהפוליסה הבסיסית – יבוטל כתב השירות בכל מקרה של אי תשלום בגין כתב השירות לאחר שתי משלוח התראות למבטוח (במרווחים של לפחות 21 ו-15 יום) ומכתב ביטול למבטוח בגין החוב.

3. בהודעה מראש של 60 יום לפני הביטול לכלל המבוטחים מקבלי השירות תחת כתב השירות. הביטול על פי סעיף זה יהא במקרים כגון: הפסקת התקשרות המבטוח עם ספק/נותן השירות או כל מניעה רגולטורים לאספקת השירות או חלק מהותי ממנו. מבטוחים אשר החלו בקבלת השירות נתון מכח כתב השירות טרום ביטול כתב השירות לכלל המבוטחים תחת אותו כתב שירות שבוטל- יושלם אותו שירות נתון שהוחל בביצועו טרום הביטול, אלא באם קיימת מניעה רגולטורית להשלימו כאמור.

הפניקס אבחנה מהירה
כתב שירות מס' 8713 לשירותי אבחון מהיר

כללי:

1.

תמורת תשלום פרמיה, כאמור בדף פרטי הביטוח, יהיה זכאי המנוי לשירות בכפוף לתנאים, החריגים והסייגים בכתב שירות זה ובתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות. כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת, אשר תהא בתוקף בכפוף לתוקפה של תכנית הבסיס (אליה נלווה כתב שירות זה). המבטח יהיה משוחרר מכל התחייבויותיו על פי כתב שירות זה, אם תכנית הבסיס וכתב שירות זה לא היו בתוקפם המלא במועד קבלת השירות בפועל.

כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות. כתב השירות נוסח בלשון זכר ומתייחס לשני המינים כאחד.

הגדרות:

2.

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:

- 2.1 "החברה" או "המבטחת" - הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 2.2 "תכנית בסיס" - תכנית ביטוח בריאות תקפה אשר הופקה ע"י החברה, אשר כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת הנלווה לה.
- 2.3 "ספק השירות" או "נותן השירות" - הרצליה מדיקל סנטר, רח' רמת ים 7, הרצליה פיתוח או כל נותן שירות אחר כפי שייקבע ע"י החברה.
- 2.4 "מנוי" - אדם ששמו או תעודת הזהות שלו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה והזכאי לקבל את התים.
- 2.5 "השירות או השירותים" - השירותים המפורטים בסעיף 3-4 להלן.
- 2.6 "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות.
- 2.7 "רופא" - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
- 2.8 "רופא מומחה" - רופא שהוסמך ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הנדרש, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.
- 2.9 "רופא ממיין" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית או ברפואת משפחה או ברפואת ילדים או בתחום התמחות כירורגית או גניקולוגיה.
- 2.10 "מוקד שירות" - מוקד שירות טלפוני ייעודי שיפעיל הספק עבור המנויים לשם קבלת השירותים המנויים בכתב שירות זה. המוקד יפעל בימים א'-ה' בין השעות 08:30-17:00 למעט ערבי חג, וחג.

מספר הטלפון של מוקדי השירות של ספק השירות עבור מנויי הפניקס הוא 1-700-50-39-83.

- 2.11 **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** - בדיקות המבוצעות למנוי במסגרת השירותים הניתנים בכתב שירות זה במסגרת תהליך אבחון והכוללות בדיקות כגון בדיקה פיזיקאלית, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה. ולמעט בדיקות המוחרגות בסעיף 4 להלן.
- 2.12 **"הליך האבחנה"** - תהליך אותו יעבור המנוי על מנת לזהות באם קיימת בגופו מחלה, מה טיבה ומה הטיפול הרצוי והמתאים לה ושיעשה באמצעות רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות.
- 2.13 **"אשפוז"** - שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, לפחות 24 שעות ברציפות במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז ולמעט מחלקת שיקום.
- 2.14 **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה בת 45 יום מיום כניסתו לתוקף של כתב השירות. תקופה זו תחול פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה. במקרה של הפסקת המנוי וחידושו תחול על המנוי המחודש תקופת אכשרה מחודשת. בעת תקופת האכשרה לא יהיה זכאי המנוי לקבל מהספק את השירותים נשואי כתב שירות זה.
- 2.15 **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים על פי כתב השירות. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק השירות על פי קביעתו.
- 2.16 **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 2.17 **"מדד הבסיס"** - 12169 אשר פורסם ב 15.02.2016.
- 2.18 **"חג"** - מועדי ישראל שהנם ימי שבתון.
- 2.19 **"הפוליסה"** - הפוליסה שאליה יצורף כתב שירות זה ככל שיצורף.
- 2.20 **"תקופת השירות"** - תקופה שתחל במועד הנקוב בדף פרטי הביטוח ותמשך כל עוד לא הסתיים כתב השירות בהתאם לאמור בכתב השירות ובכפוף לו.

3. הכיסיים: מפרט השירות

- יובהר כי כל השירותים הרפואיים הנכללים במסגרת כתב שירות זה- יסופקו על פי קביעת צוות הרופאים מטעם הספק שיש לקיימן, בכפוף וכמפורט בכתב השירות. חרף האמור לעיל, קבע הרופא הממיון ו/או המומחה כי אין צורך בביצוע בדיקה/ות מכח כתב השירות והמנוי דרש לבצעה על פי כתב השירות, אזי יפנה הספק את המנוי לקבלת חוות דעת שנייה מטעם רופא אחר אצל הספק ביחס לבדיקה/ות אשר התבקשה על ידי המנוי.
- 3.1 להלן השירותים הכלולים בהסכם אשר יסופקו על ידי הספק:
- 3.1.1 אבחון ראשוני על ידי רופא ממיון ובכלל זה:
בדיקה פיזיקלית.

- בדיקות אבחנתיות ראשוניות- ובכלל זה וכגון בדיקות דם, שתן, צואה, אולטרא סאונד.
- דו"ח אבחון ראשוני + המלצות להמשך טיפול.
- 3.1.2 אבחון מורחב על ידי רופא ממיין ו/או ובכלל זה:
 - MRI
 - MRA
 - CT
 - CT-PET
 - מיפויים
- 3.1.3 פגישת סיכום עם המנוי בהשתתפות רופא ממיין ו/או רופא מומחה ובכלל זה:
 - הסברת הממצאים, האבחנה, המלצות לטיפול
 - מתן דו"ח מסכם
- 3.1.4 מתן טיפול רפואי כגון: טיפול כירורגי ו/או ביופסיות ו/או בדיקות פולשניות אחרות אשר אינן מפורטות בסעיף 3.1.1.3. ו- 3.1.2 לעיל יינתנו למבוטח בכפוף לאחד או יותר מהמקרים הבאים:
 - במקרה ולמנוי ישנו כיסוי ביטוחי מתאים אצל הפניקס- השירות יינתן במימון הפניקס בהתאם לכיסוי הביטוחי הנוסף אשר יש למבוטח בפניקס
 - בכפוף להמצאת התחייבות מקופת החולים עבור הטיפול הנדרש על ידי המנוי
 - מימון עצמי של הטיפול על ידי המנוי ישירות לספק .

4. שירות אבחון:

4.1 השירות:

4.1.1 המנוי יהיה זכאי לשירותי אבחנה מהירה כמפורט להלן:

- 4.1.1.1 **פנייה למוקד שירות -** מנוי הנזקק להליך אבחנה על פי כתב שירות זה יפנה למוקד השירות הייעודי מטעם הספק למנוי כתב שירות זה, יזדהה בשמו, כתובתו ומספר תעודת הזהות שלו, וכן פרטים נוספים כפי שיידרש. לאחר אישור זכאותו של הפונה לשירות נשוא כתב שירות זה, יקבל נציג השירות מן המנוי בפקס או בדואר אלקטרוני חומר רפואי עדכני (באם קיים) הרלבנטי למקרה הרפואי. נציג השירות יעביר את החומר הרפואי לרופא ממיין בתחום ההתמחות הרלבנטי לפנייה.
- 4.1.1.2 **שיחה טלפונית מקדימה עם רופא -** לאחר קבלת החומר הרפואי, ותוך 6 שעות פעילות מוקד השירות מעת קבלתו, רופא מטעם ספק השירות ייצור קשר טלפוני עם המנוי לשיחה ראשונית. במהלך השיחה ינחה הרופא הממיין את המנוי לגבי הנחיות מיוחדות לבדיקות הנדרשות במועד האבחון הראשוני (כגון צום, שתייה, טיפול תרופתי מקדים וכדומה).

לאחר השיחה הטלפונית המקדימה עם הרופא יתאם הנציג מועד לביצוע הליך אבחון ראשוני בתוך 24 שעות

מהפנייה. מובהר כי פניות שיתקבלו ביום חמישי או בערב חג יטופלו ביום העבודה העוקב.

4.1.1.3 **הליך האבחון הראשוני** – המנוי יגיע להליך האבחון הראשוני במקום ובמועד שנמסרו לו על ידי נציג השירות. במסגרת הליך האבחון יהא המנוי זכאי לבדיקה פיזיקלית ראשונית של רופא ממיון אשר ייקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות כגון - דם, שתן, צואה, אולטרא סאונד, על פי הצורך ועל פי שיקול דעתו הבלעדית, הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון. **בדיקות אלו יבוצעו באותו יום ולאחר הבדיקה הפיזיקלית הראשונית.** לאחר ביצוע הבדיקות יחזור המנוי לרופא הממיון לפגישת סיכום שבסיומה יימסר למנוי דו"ח אבחון הכולל את תוצאות הליך האבחון הראשוני והמלצות להמשך טיפול. במידת הצורך יופנה המנוי **להליך אבחון מורחב** כמפורט בסעיף 4.1.1.4 להלן.

בגין תהליך האבחון ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 170 ₪.

4.1.1.4 **הליך אבחון מורחב** - כאמור בסעיף 4.1.1.3 לעיל, במידת הצורך ועל פי שיקול דעת הרופא הממיון יופנה המנוי לתהליך אבחון מורחב שיכלול בדיקות נוספות כגון MRI, PET, CT, CT, מיפוי, ביופסיות ובדיקות פולשניות אחרות. **חرف האמור לעיל, קבע הרופא הממיון ו/או המומחה כי אין צורך בביצוע בדיקה/ות מכח כתב השירות והמנוי דרש לבצעה על פי כתב השירות, אזי יפנה הספק את המנוי לקבלת חוות דעת שנייה מטעם רופא אחר אצל הספק ביחס לבדיקה/ות אשר התבקשה על ידי המנוי.**

הליך האבחון המורחב יתבצע בתוך **3 ימי עבודה מיום סיום תהליך האבחון הראשוני.** בהליך האבחון המורחב יתקיימו התייעצויות רפואיות של מספר מומחים בהתאם לצורך.

בסיום תהליך האבחון המורחב תתקיים **פגישת סיכום** עם הרופא הממיון ו/או רופא מומחה בתחום הרלבנטי, שבמהלכה יוסברו למנוי הממצאים, האבחנה, ההמלצות לטיפול וכן יינתן דוח מסכם. פגישת הסיכום תתבצע בתום קבלת כל תוצאות הבדיקות שנעשו.

בכל מקרה התקופה לפגישת הסיכום לא תעלה על 4 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

באם פרק הזמן ממועד סיום הבדיקה של האבחון המורחב ועד לקבלת התשובות הסופיות של הבדיקות השונות יעלה על שבוע ימים תתקיים **פגישת ביניים** בתום שבעה ימים ממועד

סיום הבדיקה האחרונה.

בגין תהליך האבחון המורחב ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 600 ₪ במצטבר (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את שירות האבחון הראשוני בסעיף 4.1.1.3 לעיל).

4.1.1.5 בתום תהליך האבחון יספק ספק השירות למנוי העתקים של תוצאות הבדיקות הרפואיות האבחנתיות והרשומות הרפואיות שנערכו במסגרת תהליך האבחון. תוצאות בדיקות ההדמיה יסופקו למנוי על גבי מדיה ממוחשבת.

4.1.1.6 אם נדרש המשך טיפול על ידי בדיקות פולשניות ו/או עלה צורך להתערבות טיפולית כירורגית, יינתנו השירותים על ידי ספק השירות במימון המבוטח, וזאת **אם רכש המנוי כיסוי ביטוחי מתאים**. במידה שהמנוי אינו מחזיק בכיסוי כזה, ימציא המבוטח התחייבות מקופת החולים למימון הטיפול או יממן את השירות מכספו.

4.1.1.7 **ספק השירות יפעל בכפוף לאילוצים ושיקולים רפואיים לרכז את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות במסגרת תהליך האבחון במספר ימים מצומצם כמפורט בסעיפים לעיל. בדיקות המחייבות הכנה מוקדמת יתואמו ככל הניתן לפני תהליך האבחון המהיר או במועד שייקבע בין ספק השירות למנוי, ובכל מקרה תוך פרק הזמן המפורט בסעיפים 4.1.1.3 ו- 4.1.1.4 לעיל.**

4.1.1.8 **מובהר כי כל השירותים נשואי כתב שירות זה יינתנו אצל ספק השירות בלבד ובמתקני השירות של הספק ו/או מי מטעמו.**

4.1.1.9 **מחויבות המנוי -** מנוי אשר זומן על ידי ספק השירות לביצוע תהליך אבחון יתייצב בתאריך ובשעה שנקבעו לו ממוקד השירות ויביא עמו את כל המסמכים הרפואיים הרלבנטיים שברשותו.

4.1.1.10 **מחויבות ספק השירות במקרה של אבחנת מחלה נוספת – במידה שבתהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה אחרת נוספת לזו שבגינה פנה המנוי לקבלת השירות, יבצע ספק השירות תהליך אבחון מקיף אף לבעיה הנוספת שהתגלתה, וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת פנייה זו ייחשבו כחלק מתהליך האבחון לכל דבר ועניין.**

5. חריגים:

- 5.1 השירות לא יכלול שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד.
- 5.2 השירות לא יכלול טיפול רפואי או טיפול תרופתי מכל סוג שהוא.
- 5.3 השירות לא יכלול אבחון פסיכיאטרי ו/או הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.
- 5.4 השירות לא יכלול בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.
- 5.5 יובהר כי לא יתבצע תהליך אבחון ולא יינתנו שירותים על פי כתב שירות זה ללא תאום מראש עם מוקד השירות. כמו כן יובהר כי השירותים בגין כתב שירות זה אינם באים במקום פנייה לחדר מיון בהתאם לצורך רפואי.
- 5.6 השירות לא יכלול בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להריון ו/או לידה ו/או פריזון ו/או עקריות.
- 5.7 סעיפי הסייגים /החריגים של נספח תנאים כלליים בבריאות שאליהם צורף כתב שירות זה, חלים גם על כתב שירות זה אלא אם נקבע אחרת בכתב שירות זה.
6. התחייבות החברה ונותן השירות:
- 6.1 נותן השירות מתחייב כי:
- 6.1.1 השירות יינתן על ידי גורמים מקצועיים, ורלוונטיים לסוג השירות, לפי העניין, כנדרש בחוק.
- 6.1.2 תתקיים תקשורת עם הלקוחות יעילה וזמינה לפי המפורט בסעיף 4 לעיל.
- 6.2 החברה ו/או נותן השירות אינם אחראים לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 6.2.1 הוצאות שהוציא מנוי עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.
- 6.2.2 פגיעה בפעילות הספק השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת ספק השירות.
7. כללי:
- 7.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר קבלת השירות מותנית בהצגת תעודה מזהה.
- 7.2 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת אחד השירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי לגוף המבצע את הבדיקה על ביטול פנייתו.
- 7.3 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה

למוקד השירות.

- 7.4 המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו במספר הטלפון של ביתו ועל כל שינוי הקשור לאחד מבני המשפחה המנויה.
- 7.5 **פעילות שירותי אבחון לא תקיים בשבתות, בחגים ובערבי שבת ו/או בערבי חגים.**
- 7.6 **יובהר כי המבטחת לא תהיה אחראית על הוצאות שהוציא המנוי והחורגות מהשירות המפורט בכתב השירות.**
- 7.7 מובהר בזאת כי במידה והספק לא יוכל לספק את השירות כמפורט בנספח זה, רשאי המנוי לפנות לגורם רפואי אחר ולקבל שיפוי עד לסך 2000 ₪ בגין ביצוע תהליך אבחנה מהירה.

8. השתתפות עצמית:

- 8.1 המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4 לעיל עבור כל תהליך האבחון. התשלום יכלול למנוי את הזכות למפורט להלן:
- 8.1.1 שיחה טלפונית עם רופא ממיין.
- 8.1.2 בדיקה ראשונית עם רופא ממיין.
- 8.1.3 כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי על פי סוג האבחון המפורט לעיל (ראשוני ומורחב) כפי שייקבעו על ידי רופא ממיין במהלך המפגש הראשוני ועל פי שיקול דעתו הבלעדי.
- 8.1.4 דו"ח אבחון ושחת סיכום עם רופא ממיין.
- 8.2 הסכום האמורים לרבות סכומי ההשתתפות העצמית כוללים מע"מ.
- 8.3 הסכומים המפורטים לעיל צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת לחודש.
- 8.4 במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי יהא ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה על כך.

9. תקופת תוקפו של כתב שירות זה:

- 9.1 כתב שירות זה יכנס לתוקף החל מהמועד המפורט בדף פרטי הביטוח. תקופת הביטוח הינה לשנתיים ומתחדש כל שנתיים בהתאם לתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות הנלווים לכתב שירות זה.
- 9.2 תקופת של כתב השירות יפוג מאליו, אם תפוג תקופה של תכנית הבסיס אליה נלווה כתב שירות זה.

- 9.3 מבלי לגרוע מהאמור מסעיף 9.2, תוקפו של כתב שירות זה יהיה למשך כל תקופת תכנית הבסיס של המנוי, לרבות באם תחודש תכנית הבסיס של המנוי לתקופות נוספות. תנאי החידוש יהיו כאמור בתנאים הכלליים של התוכנית הבסיסית.
- 9.4 החברה רשאית לבטל את כתב השירות לכלל המנויים בהודעה בכתב, במידה והסכם ההתקשרות עם נותן השירות הסתיים והחברה לא מצאה נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח.
- 9.5 ביטול כתב השירות יהא בהתאם להוראות כתב השירות ובהתאם להוראות תכנית הבסיס אליה נלווה כתב השירות ולהוראות הדין.
- 9.6 מובהר כי מקום בו התנאים בכתב השירות יסתרו את התנאים בתכנית הבסיס, יגברו ויחולו תנאי כתב שירות זה על אף האמור בתכנית הבסיס.
- 9.7 המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה בכתב לחברה, והביטול ייכנס לתוקפו באופן מיידי מרגע קבלת הודעת הביטול בחברה. המנוי יהיה זכאי להחזר יחסי מדמי כתב השירות ששילם בגין החודש בו בוטל כתב השירות, בגובה יתרת החודש שלאחר קבלת הודעת הביטול בחברה. **מובהר כי בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני כניסת ביטול כתב השירות לתוקף.**
- 9.8 להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה. יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה המנוי זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.

10.

רשימת גבולות אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות לכתב השירות:

הסכומים הנקובים הנם לפי מדד 12169 אשר פורסם ביום 15.2.2016.

- מוצהר ומוסכם בזה כי גבולות אחריות המבטח וההשתתפויות העצמיות המפורטים להלן מהווים חלק בלתי נפרד מכתב השירות:**
- 10.1 **המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט לעיל בכל סעיף בנפרד וטבלת גבולות אחריות המבטח להלן עבור כל תהליך האבחון.**
- 10.2 **הסכומים האמורים כוללים מע"מ בשיעור 18%. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ ישתנו סכומים אלו בהתאם.**
- 10.3 **הסכומים המפורטים צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת לחודש.**
- 10.4 **אם יידרש, בהתאם לתוצאות העיסקיות, יעודכנו הסכומים האמורים אחת לשנתיים בלבד, ולא לפני 31.6.2018. והכל בכפוף לאישור השינוי (לרבות אי התנגדות)/היתר המפקח על הביטוח בהתאם להוראות הדין.**

10.5 במקרה של אי תשלום ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא נותן השירות רשאי להפסיק ליתן השירותים למנוי לאחר שניתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה על כך בכתב.

10.6

גבול אחריות המבטח	השתתפות עצמית	תאור השירות ו/או הכיסוי	מס' הסעיף	רשימת גבולות אחריות המבטח
ללא תקרה אצל ספק שירות	170 ₪	הליך אבחון ראשוני	4.1.1.3	
	600 ₪	הליך אבחון מורחב	4.1.1.4	

תמורת תשלום פרמיה, כאמור בדף פרטי הביטוח, יהיה זכאי המנוי לשירות בכפוף לתנאים, החריגים והסייגים בכתב שירות זה ובתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, כל עוד לא נאמר אחרת בכתב שירות זה. כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת, אשר תהא בתוקף בכפוף לתוקפה של תכנית הבסיס (אליה נלווה כתב שירות זה). המבטח יהיה משוחרר מכל התחייבויותיו על פי כתב שירות זה, אם תכנית הבסיס וכתב שירות זה לא היו בתוקפם המלא במועד קבלת השירות בפועל.

1. הגדרות:

1.1 בכתב שירות זה כמוגדר להלן, יתפרשו המונחים הבאים כדלקמן
החברה – הפניקס חברה לביטוח בע"מ

"תכנית בסיס" - תכנית ביטוח בריאות תקפה אשר הופקה ע"י החברה, אשר כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת הנלווית לה.

"נותן השירות" - פמי פרמיום בע"מ או כל נותן שירות אחר כפי שייקבע על יד החברה.

נותן שירות שבהסכם - רופא, מרפאה וכל גוף אחר המספק שירות מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה, עמם קשור הספק בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.

מנוי – אדם שרכש את כתב השירות, אשר שמו ותעודת הזהות שלו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי לכתב שירות זה.

דמי מנוי - הסכומים שעל המנוי לשלם לחברה מידי חודש בגין השירותים כנקוב בדף פרטי הביטוח ואת כתנאי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה.

דף פרטי הביטוח - מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, הכולל בין היתר, את פרטי המנוי, דמי המנוי, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב שירות זה.

המועד הקובע - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.

השירות או השירותים - השירותים הניתנים בהתאם למפורט בכתב שירות זה ועל פי הוראותיו, חריגיו וסייגיו, כולם או חלקם, לפי הקשר הדברים.

מוקד השירות או המוקד – מוקד טלפוני אשר יופעל ע"י נותן השירות בטלפון 1-700-50-39-83 לצורך מתן השירות כמפורט בנספח זה ומספרו יפורסם מעת לעת באתר החברה ו/או באמצעות דיוורים/עדכונים שיעברו למבטח.
מנהל תיק אישי - מלווה אישי טלפוני אשר יעמוד לרשות המנוי ובעל הכשרה באחד מבין המקצועות הבאים: עו"ס/פסיכולוג/רופא/אחות, עמו/ה קשור נותן השירות בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.

רופא אישי – רופא מומחה האחראי מטעם נותן השירות על ליווי המנוי ומתן ייעוץ רפואי לטיפול בבעיה הרפואית הנדון, בהתאם להוראות כתב שירות זה.

עובד/ת סוציאלית – אדם אשר הוסמך/ה ואושר/ה כדין לעסוק במתן שירותים כעובד/ת סוציאלית על ידי השלטונות המוסמכים בישראל, עמו/ה קשור נותן השירות

בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.

אחות - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל.

רופא - מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים, עמו/ה קשור נותן השירות בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.

רופא מומחה שבהסכם - רופא שהוסמך לעסוק בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות ושתחום מומחיותו רלוונטי למתן שירותים על פי כתב שירות זה, עמו/ה קשור הספק בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.

פסיכולוג - אדם אשר הוסמך ואושר כדין לעסוק במתן שירותים כפסיכולוג על פי השלטונות המוסמכים בישראל, עמו/ה קשור נותן השירות בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.

פסיכותרפיסט - אדם אשר הוסמך ואושר כדין לעסוק במתן שירותים כפסיכותרפיסט על פי השלטונות המוסמכים בישראל, עמו/ה קשור נותן השירות בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.

רואה חשבון - אדם אשר הוסמך/ה כרואה חשבון, על ידי השלטונות המוסמכים בישראל ולשכת רואי החשבון, עמו/ה קשור נותן השירות בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.

יועץ מס - יועץ מס מורשה בעל רישיון בתוקף והרשום בפנקס יועצי המס המייצגים בישראל עמו/ה קשור נותן השירות בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.

תקופת אכשרה - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ונמשכת 90 יום. המנוי אינו זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במהלך תקופת האכשרה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב שירות זה הינו בתוקף ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המנוי לכתב שירות זה מחדש לתקופות שירות בלתי רצופות.

תקופת השירות - תקופה שתחל במועד הקובע, ותימשך כל עוד לא הסתיים כתב השירות, בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.

1.2 כל האמור בכתב שירות זה בלשון יחיד אף בלשון רבים משמעו, וכל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.

1.3 כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד והן לא תשמנה לצורך פרשנות.

2. הזכאות לשירותים:

2.1 המנוי יהא זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה, בגין בעיה רפואית כהגדרתה להלן והכל למשך תקופה של 24 חודשים בלבד ממועד הפניה הראשון של המנוי לקבלת שירות כלשהו בגין הבעיה הרפואית (להלן: "**תקופת הזכאות**").

2.2

"בעיה רפואית"-

א. מצב רפואי כרוני ו/ או מחלה קשה ו/או אירוע רפואי קשה אשר אובחן על ידי רופא.

ב.

חשד רפואי מתועד על ידי רופא למצב רפואי ו/או כרוני ו/ או מחלה קשה ו/או אירוע רפואי קשה 90 יום לפני הפניה לקבלת שירותים על פי כתב שירות זה וכולל בדיקה אבחנתית רלוונטית אחת מתוך הרשימה להלן: בדיקות הדמיה (כגון: MRI, CT וכיו"ב, למעט צילום רנטגן רגיל בלבד) ו/או בדיקות פולשניות ו/או בדיקות מעבדה מורכבות (לא כולל בדיקות דם, צואה ושתן שגרתיות) ו/או בדיקות עזר נוספות ו/או הליך שיקומי עקב ניתוח אלקטיבי. מובהר בזאת כי הדרישה לקיומו של חשד מתועד כאמור 90 יום לפני הפניה לקבלת שירותים אין בו בכדי להאריך את תקופת האכשרה לפי כתב שירות זה.

2.3

היה והמנוי אושפז במוסד רפואי במהלך תקופת השירות, יינתנו שירותים פרונטאליים של אחות ועובדת סוציאלית בלבד והשירותים הניתנים על פי סעיף 3.5 לעיל. יתר השירותים יינתנו בכפוף ליכולת לקיימם על בסיס מסמכים רפואיים של המנוי בלבד. בתום האשפוז ובכפוף לזכאות המנוי לקבלת השירותים, יהיה המנוי זכאי למלוא השירותים על פי כתב שירות זה על פי תנאיו.

2.4

תקופת הזכאות תתחיל להימנות מחדש, מקום בו המנוי פנה לקבלת שירותים מכוח כתב השירות בגין בעיה רפואית אחרת מזו שניצל לגביה תקופת זכאות מלאה במהלך תקופת השירות.

3.

פירוט השירותים:

השירותים המפורטים להלן יינתנו למנוי בשל בעיה רפואית בגבולות ישראל בלבד:

3.1

מוקד שירות טלפוני:

3.1.1 על המנוי לפנות למוקד השירות בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב שירות זה בטרם קבלת השירותים עצמם, ולפעול בהתאם להוראות המפורטות בכתב השירות להלן.

3.1.2

קבלת אישור נותן השירות מראש ובכתב לקבלת השירותים טרם ביצוע השירותים בפועל הינה תנאי מהותי לזכותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב השירות.

3.1.3

בניית תיק רפואי – המנוי יעביר לספק מסמכים רפואיים אודות מצבו הרפואי לצורך קבלת השירותים בהתאם לכתב שירות זה.

3.2

Case Manager - מנהל תיק אישי:

3.2.1 במסגרת השירות ובהתאם למצבו הרפואי של המנוי והתיק הרפואי האישי יוגדר על ידי המנהל הרפואי של פמי פרימיום מנהל תיק אישי טלפוני אשר ילווה את המנוי לאורך כל שלבי הטיפול במסגרת כתב שירות זה.

3.2.2

במסגרת השירות יינתן ליווי ותמיכה בשלבי הטיפול הרפואיים והנפשיים של המנוי.

3.2.3

השירות יינתן ללא מגבלת פניות .

3.2.4 מנהל תיק אישי יהיה בעל אחת מבין ההכשרות הבאות: עו"ס/פסיכולוג/רופא כללי/אחות רפואית.

התייעצות עם רופא אישי:

3.3

3.3.1 לבקשת המנוי, ימנה נותן השירות עבור המנוי רופא מלווה אישי לטיפול במקרה הרפואי הנדון, אשר ילווה את המנוי לאורך שלבי הטיפול במקרה, כמפורט בסעיף 3.3.2 להלן.

3.3.2 המנוי זכאי ל-עד 6 התייעצויות עם הרופא האישי בגין מצבו הרפואי. חלוקת הפגישות תעשה בסיוע המנהל תיק אישי, באופן שיאפשר מתן חו"ד ראשונית על המקרה, ולאחריה בטווח של פעם בארבעה חודשים, לשם ריכוז המידע עד למועד המפגש, מעקב על התפתחות המקרה, והמלצות להמשך טיפול.

3.3.3 השירות יינתן על ידי רופא מומחה ברמת מנהל ו/או סגן מנהל מחלקה בבית חולים בישראל.

3.3.4 כל פגישה תכלול מתן ייעוץ, וחו"ד ראשונית מכווניה לטיפולים אפשריים עם המלצות והפניות לגורמים מטפלים שונים.

3.3.5 התאום יבוצע ע"י מנהל תיק אישי בטווח של עד 14 ימים מיום קבלת פניית המנוי.

3.3.6 מובהר כי הייעוץ אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי צפוי או תלוי ועומד, ו/או ייעוץ שאינו קשור ישירות למקרה הרפואי.

3.3.7 בעבור כל התייעצות ישלם המנוי דמי השתתפות עצמית בסך 90 ש"ח.

3.3.8 מובהר כי דין התייעצות חוזרת כדין התייעצות.

3.3.9 הפגישה תכלול מתן מרשמים במידת הצורך, אך אינה כוללת מתן טיפול תרופתי מכל סוג שהוא, וכל מימוש מרשם שכזה באם יינתן, יעשה ע"י המנוי ועל חשבונו.

הכוונה על ידי עובד/ת סוציאלי/ת :

3.4

3.4.1 המנוי זכאי לפגישה עם עובד/ת סוציאלי/ת לקבלת ייעוץ, הכוונה ומתן הסבר על תהליך הטיפול במצבו הרפואי של המנוי כמפורט להלן.

3.4.2 המנוי יפנה למנהל התיק האישי טלפונית, אשר יתאם עבורו פגישה, בטווח של עד 3 ימי עסקים.

3.4.3 בפגישה שתתקיים תבצע העובד/ת הסוציאלי/ת איסוף נתונים ראשוני המכיל היסטוריה רפואית.

3.4.4 משך פגישת הייעוץ עם העובד/ת הסוציאלי/ת הינו עד ששתיים והיא תיערך בביתו של המנוי.

3.4.5 השירות ניתן ללא השתתפות עצמית.

- 3.5 **ליווי על ידי רופא מומחה בעת ולאחר אשפוז:**
- 3.5.1 המנוי זכאי לקבלת ליווי על ידי רופא מומחה במקרה של אשפוז בבית חולים בישראל וזאת החל מתום 8 שעות מרגע הודעתו למוקד השירות על הגעתו לבית החולים לצורך אשפוז /מיון. הליווי יבוצע בשעות שבהם המחלקה מאוישת על ידי הסגל הבכיר של המחלקה.
- 3.5.2 **השירות יינתן בגין בעיה רפואית כהגדרתה בכתב שירות זה בסעיף 2.2 לעיל וכתוצאה מאשפוז מכל סיבה ללא קשר לבעיה רפואית כהגדרתה לעיל.**
- 3.5.3 על המנוי ו/או על מי מטעמו להודיע למוקד השירות על הגעתו של המנוי למיון, על המנוי ו/או על בא כוחו של המנוי לדאוג להעברת טופס ויתור סודיות המקנה לספק השירות את האישור להעביר למנוי ו/או בא כוחו של המנוי מידע אודות מצבו הרפואי של המנוי.
- 3.5.4 הזכאות הינה לעד 3 פגישות עם הרופא המומחה מטעם ספק השירות אשר יתקיימו כל אחת מהן במרווחים של לפחות 2 ימי עסקים מהמועד הראשון. במהלך הפגישות יינתן ייעוץ והכוונה בבית החולים למנוי ו/או למי מטעמו עקב מצבו הרפואי של המנוי.
- 3.5.5 **כאשר ההגעה לבית החולים כאמור אינה נובעת מבעיה רפואית כהגדרתה בכתב שירות זה, יינתן שירות למנוי לפי סעיפים 3.5.1-3.5.5 בלבד.**
- 3.5.6 **מנהל תיק אישי** – בגמר האשפוז, ירכז מנהל התיק האישי את סיכום האשפוז, תוצאות בדיקות והמלצות להמשך טיפול רפואי, ככל שניתנו למנוי, ויקיים שיחת הסבר אודות המסמכים עם המנוי ו/או מי מטעמו. כמו כן, החומר הרפואי של אשפוז המנוי ישמר על ידי הספק בתיק הרפואי האישי של המנוי אצל הספק לצורך בקרה על מצבו הרפואי של המנוי. במקרים בהם האשפוז נבע כתוצאה מבעיה רפואית כהגדרתה בסעיף 2.2 לעיל מנהל התיק האישי ירכז את המשך מתן שירותים על פי כתב שירות זה
- 3.5.7 השירות ניתן ללא השתתפות עצמית.
- 3.6 **ליווי המנוי ע"י אחות מוסמכת:**
- 3.6.1 המנוי זכאי לקבלת ליווי על ידי אחות מוסמכת. הליווי יינתן בביתו של המנוי ו/או בבית החולים במקרה של אשפוז המנוי, בהתאם לצרכים הרפואיים, ובתאום מוקדם מול מוקד שירות הלקוחות של נותן השירות.
- 3.6.2 הליווי כולל שהות האחות במחיצתו של המנוי, עד 24 שעות במצטבר בגין כל בעיה רפואית.
- 3.6.3 ניצול שעות הליווי נתון לשיקול דעתו של המנוי, בכפוף לתאום מוקדם מול מוקד השירות בטווח של 3 ימי עסקים טרם הצורך בליווי.
- 3.6.4 השירות ניתן ללא השתתפות עצמית.
- 3.7 **ריפוי בעיסוק:**

- 3.7.1 3המנוי זכאי לקבלת עד 12 מפגשי טיפול עם מרפא בעיסוק הכוללים הקניית כלים לשיפור בריאותו הפיזית והנפשית של המנוי.
- 3.7.2 בעבור כל מפגש ישלם המנוי דמי השתתפות עצמית בסך 45 ₪.
- 3.7.3 בעבור כל מפגש נוסף מעבר לתקרת המפגשים (12) ישלם המנוי דמי השתתפות עצמית בגובה של 80% מהמחירון ללקוח פרטי של נותן השירות.
- 3.8 וועדה רפואית:**
- 3.8.1 המנוי יהא זכאי לקיומה של ועדה רפואית וזאת לצורך בחינת מצבו הרפואי והגשת המלצותיה למנוי (להלן: "הועדה הרפואית").
- 3.8.2 הועדה הרפואית תורכב מעד חמישה חברים, בכללם רופא מלווה אישי ורופאים מבין בעלי התפקידים הבאים בהתאם לעניין הרפואי הנדרש ולפי שיקול דעתו של רופא מלווה אישי : רופא מומחה בכירורגיה, רופא מומחה ברפואה פנימית, רופא מומחה באונקולוגיה, רופא מומחה ברפואת נשים ורופא מומחה ברפואת ילדים. הועדה הרפואית תדון ותנח את פרטי המקרה הרפואי, ותקיים דיון בהליך הטיפול הרפואי הניתן למנוי, ובהמלצות להמשך טיפול.
- 3.8.3 הזכאות לוועדה רפואית הינה עד פעמיים בגין כל בעיה רפואית.
- 3.8.4 ההרכב יתכנס לדון במועדים שונים בהתאם לזימונתם של הרופאים, ובהתאם לצרכים של מנויים נוספים הנזקקים לשירות על פי כתב שירות זה והכל בכפוף להוראות בסיף 3.8.5 להלן.
- 3.8.5 המנוי יהא זכאי לשירות בתקופות שבין החודשים הרביעי לשביעי, וכן השמונה עשר לעשרים וארבע למן פנייתו הראשונה של המנוי לקבל שירות כלשהו על פי כתב שירות זה בגין בעיה רפואית מסויימת.
- 3.8.6 השירות ניתן ללא השתתפות עצמית.
- 3.9 מפגשי טיפול עם רופא מומחה ברפואת כאב:**
- 3.9.1 המנוי זכאי לעד ששה מפגשי טיפול בכאב בגין בעיה רפואית, עם רופאים מומחים בתחום רפואת הכאב (להלן: "רופא כאב") לגבי כאבים הנובעים מאותו מצב רפואי.
- 3.9.2 תיאום הפגישות יעשה בסיוע מנהל תיק אישי, באופן שיאפשר מתן טיפול והכוונה להקלת כאב, מעקב על התפתחות המקרה, והמלצות להמשך טיפול לאורך תקופת הבעיה הרפואית.
- 3.9.3 השירות ניתן ללא השתתפות עצמית.
- 3.10 מפגשי טיפול עם פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט:**
- 3.10.1 המנוי זכאי לקבלת סדרה בת 10 מפגשים עם פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט. תיאום הפגישות יעשה בסיוע מנהל תיק אישי.
- 3.10.2 השירות כפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית בסך 80 ₪ למפגש. בעבור

כל מפגש נוסף מעבר לתקרת המפגשים ישלם המנוי דמי השתתפות בגובה 80% מהמחירון של נותן השירות שבהסכם.

- 3.11 ייעוץ והכוונה במימוש זכויות עקב מצב רפואי ממוסדות ממשלתיים:**
- 3.11.1 המנוי זכאי לעד שתי פגישות עם רואה חשבון שבהסדר לצורך קבלת ייעוץ והכוונה, בקשר עם מימוש זכויות המגיעות לו מאת מוסדות ממשלתיים שונים (משרד הרווחה, ביטוח לאומי וכו'), וזאת עקב הבעיה הרפואית.
- 3.11.2 השירות ניתן ללא השתתפות עצמית.
- 3.11.3 השירות אינו כולל ביצוע פעולות בשמו של המנוי מול גורמים כלשהם, ו/או התייצבות עמו או בלעדיו אצל רשויות כלשהן הקשורות במימוש הזכויות.
- 3.11.4 השירות אינו כולל הבטחה בדבר הצלחת התהליך באופן כלשהו מול הגורמים השונים, לרבות בדרך של קבלת סכומים שונים מאת גורמים אלו.

- 4. אופן קבלת השירותים:**
- 4.1 מנוי הזכאי לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות הרפואי ולבעיה הרפואית בגינה נזקק המנוי לשירות ככל שיתבקש.
- 4.2 מוקד השירות מטעם נותן השירות יהא פעיל לפניות המנויים בכל ימות השנה 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר סיום צום.
- השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותני השירות השונים שבהסכם.
- 4.3 לשם מתן השירות ימסור המנוי למוקד השירות ו/או לנותן שירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שידרש על ידי מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין.
- 4.4 בשירותים בהם נכתב הדבר יהא חייב המנוי בתשלום השתתפות עצמית כתנאי לקבלת השירותים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי לנותן השירות או לחברה, בהתאם להנחיות החברה.
- 4.5 המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות. רשימת נותני השירותים שבהסכם תשתנה מעת לעת.
- 4.6 השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 4.7 כאשר השירות ניתן בחצרי נותן השירות, על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבוננו.
- 4.8 עם סיום כל טיפול יחתום המנוי על ספח ביקורת המאשר את קבלת השירות.
- 4.9 השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד או השטחים המוחזקים אשר נמצאים

בשליטת ישראל.

- 4.10 במקרה של סדרת הטיפולים, מועדי יתר הטיפולים (למעט הטיפול הראשון) יתואמו ע"י המנוי מול נותן השירות שבהסכם, למעט מקרים בהם נכתב אחרת.
- 4.11 השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 4.12 במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ- 12 שעות טרם מועד הטיפול. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.
- מובהר כי במידה והמנוי לא יודיע על הביטול כאמור יחשב כאילו מימש את אותו שירות לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות העצמית ולעניין הזכאות לכמות שירותים.**

5. קבלת השירותים בעת שירות צבאי:

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

6. אחריות החברה ו/או נותן השירות:

6.1 נותן השירות מתחייב כי:

- 6.1.1 מערך המטפלים שברשותו הינה בפריסה גיאוגרפית ארצית נאותה.
- 6.1.2 השירות יינתן על ידי גורמים מקצועיים, ורלוונטיים לסוג השירות, לפי העניין, כנדרש בחוק.
- 6.1.3 תתקיים עם המנויים תקשורת יעילה וזמינה לפי המפורט בסעיף 3 לעיל.
- 6.2 מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה ו/או נותן השירות אינם אחראים לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:**
- 6.2.1 הוצאות שהוציא מנוי עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.
- 6.2.2 פגיעה בפעילות נותן השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירות.
- 6.3 יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המנוי לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה.

- 6.4 יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המנוי לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה.
- 6.5 במקרה שפעילות הספק או חלק משמעותי ממנה תפגע על-ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק, פטורה החברה מלתת את השירותים על פי כתב שירות זה והחברה ו/או הספק לא יהיו אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.

7. חריגים:

המנוי לא יהא זכאי לקבלת השירותים אם הבעיה הרפואית הינה תוצאה ישירה ו/או עקיפה מ:

- 7.1 השתתפות פעילה של המנוי בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, מהפיכה, מרד, פרעות, מהומות, מעשה חבלה.
- 7.2 התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.
- 7.3 שימוש בסמים או בתרופות נרקוטיות על ידי המנוי, אלא אם נעשה על פי הוראת רופא ובפיקוחו.
- 7.4 השתתפות המבוטח בתחביבים מסוכנים הבאים / בפעילויות ספורט אתגרי המסוכנות הבאות:

אוירי - גלישה ו/או דאייה ו/או רחיפה באוויר (ממונעת ולא ממונעת), צניחה חופשית, צניחה, טיסה בכלי טיס כלשהו (למעט בכלי טיס אזרחי בעל תעודות כשירות להובלת נוסעים);

מוטורי ויבשתי - מירוץ מכוניות, מירוץ אופנועים, רכיבת שטח על אופנוע ו/או אופניים, מוטוקרוס, סנובורד, סקי שלג ו/או החלקה על קרח באמצעות מכשור המתאים לפעילות זו, כגון מגלשי סקי או מחליקי קרח, במסגרת חובבנית או מקצועית כולל רכיבה על אופנוע שלג, אגרוף, האבקות וכל סוגי קרב מגע למיניהם, צייד, רכיבה על סוסים, טיפוס קירות, קפיצת באנג'י, פארקור;

גבהים - טיפוס הרים בעזרת חבלים וגם/או בעזרת מדריכים, גלישת מצוקים;

ימי - צלילה תוך שימוש במכלי חמצן, רפטינג, סקי מים, גלישת גלים, אופנוע ים, גלישת רוח, מצנח גלישה (קייט סרפינג).

- 7.5 **טיסה בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בכלי טיס אזרחי בעל תעודות כשירות להובלת נוסעים.**

- 7.6 פגיעה עצמית מכוונת, בין אם המנוי היה שפוי ובין אם לא נסיון התאבדות, אירועים פסיכולוגיים או פסיכיאטריים.
- 7.7 מצב רפואי ו/או פרוצדורה הקשורה בפוריות או פריון ו/או עקרות או עיקור וכן סיבוכי היריון או לידה מכל סיבה שהיא, למעט מצב רפואי בעקבות לפחות 3 הפלות רצופות.
- 7.8 פרוצדורה הקשורה באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה טיפול בהשמנת יתר. מובהר כי חריג זה לא יחול בגין ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.
- 7.9 מצב רפואי בתחום רפואת שיניים פה ולסת.
- 7.10 מנוי המוגדר במצב סיעודי בהתאם להנחיות המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח מספר 2003/9 או כל חוזר שיחליף אותו.
8. דמי מנוי: שיעורם של דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח.
9. תוקפו של כתב שירות זה:
- 9.1 כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע. תקופת הביטוח הינה לשנתיים ומתחדש כל שנתיים בהתאם לתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות הנלווים לכתב שירות זה.
- 9.2 תוקפו של כתב השירות יפוג מאליו, אם תפוג תוקפה של תכנית הבסיס אליה נלווה כתב שירות זה.
- 9.3 מבלי לגרוע מהאמור מסעיף 9.2, תוקפו של כתב שירות זה יהיה למשך כל תקופת תכנית הבסיס של המנוי, לרבות באם תחודש תכנית הבסיס של המנוי לתקופת נוספות. תנאי החידוש הינם כאמור בתנאים הכלליים של תוכנית הבסיס.
- 9.4 החברה רשאית לבטל את כתב השירות לכלל המנויים בהודעה בכתב, במידה והסכם ההתקשרות עם נותן השירות הסתיים והחברה לא מצאה נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח.
- 9.5 ביטול כתב השירות יהא בהתאם להוראות כתב השירות ובהתאם להוראות תכנית הבסיס אליה נלווה כתב השירות ולהוראות הדין.
- 9.6 מובהר כי מקום בו התנאים בכתב השירות יסתרו את התנאים בתכנית הבסיס, יגברו ויחולו תנאי כתב שירות זה על אף האמור בתכנית הבסיס.
- 9.7 המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה בכתב לחברה, והביטול ייכנס לתוקפו באופן מיידי מרגע קבלת הודעת הביטול בחברה. המנוי יהיה זכאי להחזר יחסי מדמי המנוי ששילם בגין החודש בו בוטל כתב השירות, בגובה יתרת החודש שלאחר קבלת הודעת הביטול בחברה.

9.8 להסרת כל ספק יובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. יובהר כי במידה והמנוי פנה לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, זכאי להמשיך ולקבל את השירות לגביו בוצעה הפניה עד תום.

9.9 מובהר כי בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני כניסת ביטול כתב השירות לתוקף.

10. תנאי הצמדה:

10.1 כל הסכומים הנקובים בכתב שירות ולרבות דמי המנוי וסכומי השתתפות עצמית, צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס, יגדל התשלום בשעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס.

10.2 "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן כולל פירות וירקות המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואתו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

10.3 **מדד הבסיס** - יהיה מדד חודש ינואר 2016 אשר פורסם ב 15.02.2016 העומד על 12169 נק' כמפורט בדף פרטי הביטוח.

10.4 "**מדד החדש**" - יהיה המדד הידוע במועד בו היה אמור להשתלם התשלום הרלוונטי.

11. שונות:

11.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

11.2 כל התשלומים הנקובים בכתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. באם יחול שינוי בשעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

11.3 במקרה של מספר מנניים בפוליסה הזכאים לכתב שירות זה, הודעות שנשלחו למנוי הראשי כהגדרתו אצל החברה, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב לחברה, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל בני המשפחה.

11.4 המנוי מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתו, ולא תישמע טענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה לידי המנוי, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.

11.5 כל הודעה ו/או הצהרה לחברה ו/או מי מטעמה תימסר בכתב.

12. מקום השיפוט:

בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה יהא מוסמך לדון אך ורק בית-המשפט המוסמך בישראל.

פרק 10 - רופא דיגיטלי

מומחה בקליק- כתב שירות ליעוץ רופא מומחה באונליין (On line)

א. מבוא:

1. תמורת תשלום פרמיה, כאמור בדף פרטי הביטוח, יהיה זכאי המנוי לשירות בכפוף לתנאים, החריגים והסייגים בכתב שירות זה ובתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, כל עוד לא נאמר אחרת במסגרת כתב שירות זה. כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת, אשר תהא בתוקף בכפוף לתוקפה של תכנית הבסיס (אליה נלווה כתב שירות זה). המבטח יהיה משוחרר מכל התחייבויותיו על פי כתב שירות זה, אם תכנית הבסיס וכתב שירות זה לא היו בתוקפם המלא במועד קבלת השירות בפועל.
2. כל האמור בכתב שירות זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
3. כתורות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

ב. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:

1. "החברה" - הפניקס חברה לביטוח בע"מ
2. "תכנית בסיס" - תכנית ביטוח בריאות תקפה אשר הופקה ע"י החברה, אשר כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת הנלווית לה.
3. "נותן השירות" - פמי פרמיום בע"מ או כל נותן שירות אחר כפי שייקבע על ידי החברה.
4. "אתר אינטרנט של נותן השירות" - www.femi.com או כל אתר אחר עליו הודיעה החברה למנויים.
5. "השירות" או "השירותים" - השירותים המפורטים בסעיף ה' שלהלן, הניתנים בהתאם למפורט בסעיף ה' שלהלן ועל פי הוראותיו, חריגיו ותנאיו של כתב השירות, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.
6. "המועד הקובע" - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כפי שהוא מופיע בדף פרטי הביטוח.
7. "תקופת המתנה" - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ונמשכת 30 יום. יובהר כי המנוי מחויב בתשלום דמי המנוי בתקופת המתנה אולם אינו זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במהלכה. תקופת המתנה תחול על כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב שירות זה הנו בתוקף, ותחל מחדש בכל פעם שבה יצורף המנוי לכתב שירות זה מחדש, במקרה בו המנוי הצטרף לתקופות שירות בלתי רצופות.
8. "דמי השתתפות" - סכומים שהמנוי מחויב לשאת בהם בעצמו, כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות. המנוי ישלם את דמי ההשתתפות לנותן השירות,

כפי שזורה לו המוקד.

9. "מנוי" - המבוטח אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמי שרכש כתב שירות זה.
10. "יעוץ מקוון" - שיחת יעוץ באמצעות שימוש בטכנולוגיה אינטרנטית המעבירה קול ותמונה חזותית באמצעותה ינהל המנוי שיחה עם הרופא מטעם נותן השירות לצורך קבלת השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
11. "רופא" - מי שרשאי לעסוק ברפואה בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
12. "רופא מומחה" - רופא שהוסמך לעבוד בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, או לפי כל תקנה.
13. "רופא מומחה בהסכם" - רופא מומחה עמו קשור נותן השירות בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד לצורך קבלת השירות. רשימת נותני השירות שבהסכם מפורטת באתר האינטרנט של נותן השירות.
14. "בית חולים" - מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהרשויות המוסמכות כבית חולים, המורשה לביצוע השירות הרפואי אותו קיבל המבוטח המכוסה עפ"י הפוליסה.
15. "מוקד שירות לקוחות" או "המוקד" - קו טלפון שיפעיל נותן השירות בעבור המנויים, שבאמצעותו יופנו המנויים לרופא מומחה בהסכם לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה. בטלפון: 1-700-50-39-83.
16. "יום עסקים" - ימים א'-ה' בין השעות 08:00 בבוקר ל 18:00 בערב, למעט ימי חג וערבי חג.

ג. תנאים מהותיים בכתב שירות זה:

1. מובהר, כי המידע הרפואי ו/או הייעוציים הרפואיים שיינתנו בכתב שירות זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על-ידי המנוי ו/או הורי הקטין המנוי במהלך השיחה, ובהתבסס על מידע זה בלבד.
2. מובהר, כי בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב מצוקה (גופנית או נפשית) על המנוי לפנות באופן מידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר לרבות שירותי רפואה דחופה.
3. המנוי מודע לכך שאין ביעוץ המקוון כדי להוות תחליף לבדיקה ו/או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי, בהתאם לצורך.

ד. שמירה על פרטיות בעת קבלת שירות:

1. המנוי מודע לכך כי עליו לוודא כי פנייתו נעשית באמצעות תקשורת מאובטחת בנקודת הקצה שלו ואם לא ייעשה כן, המידע שמוחלף עלול להיות חשוף.
2. המנוי מודע לכך שעליו לדאוג לשמירת המידע הרפואי אותו הוא מוסר וכן

לכך שלא ייחשף לעיניהם של אחרים אשר עשויים להיות עמו בחדר ו/או להימצא בקרבתו ו/או אשר באפשרותם להיכנס למערכות המידע וכי מניעת כל חשיפה של מידע כאמור הינה באחריותו המלאה.

3. על המנוי בתום כל שימוש (באופן מלא או זמני) מוטלת האחריות הבלעדית להסיר מהאמצעי בו השתמש (מחשב ו/או מכשיר טלפון סלולרי) את המידע ו/או נתוני הזיהוי וכן כל נתון אחר אשר עלול לאפשר חשיפה של המידע למי שאינו מורשה לכך.

ה. פירוט השירותים:

1. קבלת ייעוץ רפואי מקוון, באמצעות רופאים מומחים שבהסכם, אשר בהכשרתם הינם רופאים מומחים, מנהלי מחלקות, סגני מנהלי מחלקות, מנהלי יחידה, סגני מנהלי יחידה ופרופסורים לרפואה כמפורט להלן:

1.1 במסגרת השירות יהא זכאי המנוי להתייעצויות מקוונות ללא הגבלה ולאחר תקופת המתנה המנויה בסעיף ב(7) לעיל .

1.2 השירות יינתן באמצעות רופא מומחה שבהסכם בתחומי הרפואה בהתמחויות המפורטות להלן: **כירורגיית לב/חזה/כללי, נוירוכירורגיה, רפואת כאב, אורתופדיה, נירולוגיה, אורולוגיה, נפרולוגיה, קרדיולוגיה, ראומטולוגיה, רדיולוגיה, אונקולוגיה, המטולוגיה, אנדוקרינולוגיה, גסטרואנטרולוגיה, עיניים, א.א.ג, ריאות, רפואת עור ומין, אלרגולוגיה, גנטיקה, גניקולוגיה, רפואה זיהומית, גריאטריה, פסיכיאטריה(ילדים/בוגרים).**

1.3 תיאום מועד הייעוץ יבוצע תוך יום עסקים אחד ממועד קבלת הפנייה למוקד וקבלת הייעוץ בפועל תבצע עד 5 ימי עסקים ממועד התאום כאמור.

1.4 עבור כל שיחת ייעוץ, ישלם המנוי דמי השתתפות בסך 120 ₪. דמי ההשתתפות ישולמו לנוותן השירות טרם קבלת השירות בפועל באמצעות כרטיס אשראי או באמצעות העברה בנקאית.

1.5 מובהר כי הייעוץ אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי צפוי או תלוי ועומד.

1.6 השירות יינתן על ידי רופא מומחה שבהסכם בלבד והמנוי אינו זכאי לקבלת שירותי ייעוץ על פי כתב שירות זה מרופא מומחה אחר ו/או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגינם.

1.7 הרופא המומחה שבהסכם רשאי, לפי שיקול דעתו מבלי שתשמע כל טענה כנגדו להודיע למנוי כי הנסיבות אינן מתאימות למתן ייעוץ מקוון וכי הוא ממליץ למנוי לפנות למטפל אשר ייפגש עימו פנים מול פנים.

1.8 בתום שיחת הייעוץ המקוונת עם הרופא המומחה כאמור לעיל, יקבל המנוי סיכום יעוץ באמצעות דוא"ל ו/או פקס ו/או כל אמצעי אלקטרוני אחר אחת או יותר מהמלצות המפורטות להלן והכל בהתאם לצורך ולמקרה הרפואי שבגיניו פנה המנוי לקבל השירות:

- 1.8.1 מרשם לצורך רכישת תרופה לטיפול בבעיה הרפואי ממנה סובל המנוי.
- 1.8.2 הפנייה לבית חולים או מוקד לשירותי רפואה דחופה.
- 1.8.3 המלצה להמשך טיפול אצל רופא משפחה או רופא אחר.
- 1.9 יובהר כי השירותים אינם כוללים את עלות הביקור ו/או האשפוז בבית חולים ו/או התרופות ו/או כל הוצאה רפואית אחרת מלבד הייעוץ.**
- 2. קבלת ייעוץ רפואי מקוון מרופא מייעץ כללי בתחומי רפואת משפחה וילדים:**
- 2.1 במסגרת השירות יהא זכאי המנוי להתייעצויות מקוונות ללא הגבלה, ללא תקופת המתנה וללא תשלום דמי השתתפות.
- 2.2 השירות יינתן באמצעות רופא שבהסכם בתחומי רפואת משפחה וילדים. **ותוך 90 דקות ממועד הפניה למוקד.**
- 2.3 השירות יינתן במועדים המפורטים להלן בלבד:
- 2.3.1 בכל יום, למעט יום כיפור: החל מהשעה 19:00 בערב ועד לשעה 07:00 בבוקר למחרת.
- 2.3.2 ביום כיפור החל משעתיים מצאת החג ועד שעה 07:00 בבוקר למחרת.
- 2.4 **מובהר כי הייעוץ אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי צפוי או תלוי ועומד.**
- 2.5 **השירות יינתן על ידי רופא מומחה שבהסכם בלבד והמנוי אינו זכאי לקבלת שירותי ייעוץ על פי כתב שירות זה מרופא מומחה אחר ו/או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגינם.**
- 2.6 הרופא המומחה שבהסכם רשאי, לפי שיקול דעתו מבלי שתשמע כל טענה כנגדו להודיע למנוי כי הנסיבות אינן מתאימות למתן ייעוץ מקוון וכי הוא ממליץ למנוי לפנות למטפל אשר ייפגש עמו פנים מול פנים.
- 2.7 בתום שיחת הייעוץ המקוונת עם הרופא המומחה כאמור לעיל, יקבל המנוי או הורי הקטין המנוי סיכום יעוץ באמצעות דוא"ל ו/או פקס ו/או כל אמצעי אלקטרוני אחר אחת או יותר מהמלצות המפורטות להלן והכל בהתאם לצורך ולמקרה הרפואי שבגינן פנה המנוי לקבל השירות:
- 2.7.1 מרשם לצורך רכישת תרופה לטיפול בבעיה הרפואי ממנה סובל המנוי.
- 2.7.2 הפנייה לבית חולים או מוקד לשירותי רפואה דחופה.
- 2.7.3 המלצה להמשך טיפול אצל רופא משפחה או רופא אחר.

2.8 **יובהר כי השירותים אינם כוללים את עלות הביקור ו/או האשפוז בבית חולים ו/או התרופות ו/או כל הוצאה רפואית אחרת מלבד הייעוץ.**

ו. אופן קבלת השירותים ותנאים כללים:

1. נזקק המנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד בטלפון 50-700-1-39-83 וימסור את הפרטים הנדרשים לזיהויו למתן השירות ככל שיתבקש.
2. לצורך קבלת שירותי הייעוץ המקוון, על המנוי להעביר למוקד את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים המצויים ברשותו וזאת תוך 24 שעות, לכל המאוחר, טרם מועד התיאום שנקבע עבורו לצורך הייעוץ המקוון עם הרופא המומחה. **יובהר כי סעיף זה הינו תנאי מהותי לאפקטיביות הייעוץ הרפואי.**
3. את המסמכים הרפואיים כאמור לעיל יוכל המנוי לשלוח לנותן השירות באמצעות דואר אלקטרוני ו/או פקס ו/או לחילופין באמצעות שירותי איסוף מידע באמצעות רופא מטעם נותן השירות אשר יגיע לבית המנוי ויבצע את הפעולות הבאות:
 - 3.1 קבלת הסיפור הרפואי, נטילת תרופות כן/לא ואילו כולל תדירות ותיעודו לצורך העברה לרופא המומחה.
 - 3.2 מילוי טופס איסוף חומר רפואי (באמצעות תיעוד : cd / פיענוחים / בדיקות מעבדה/ צילומים וכו').
 - 3.3 ריכוז החומר במעטפה מאובטחת והחתמת המנוי.
 - 3.4 בגין העברת המידע הרפואי באמצעות שירותי איסוף מידע ישלם המנוי דמי השתתפות בסך 90 ₪ למשלוח.
4. המוקד יהא פעיל לקבלת פניות המנויים בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום.
5. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את התיאום לשיחת הייעוץ אשר נקבעה לו, יודיע על כך המנוי למוקד באופן מיידי ולא פחות מ- 24 שעות טרם שיחת הייעוץ בפועל. לא בוטל התיאום כאמור, יישא המנוי במלא דמי ההשתתפות כאמור בסעיף 1.3 לעיל.

ז. קבלת השירותים בעת שירות צבאי:

מובהר בזאת כי ההוראות החלות על המנוי, על-ידי שלטונות הצבא, בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), אשר עלולות להגביל את המנוי או למנוע ממנו קבלת שירותים על-פי כתב שירות זה, הנן באחריות המנוי בלבד.

ח. התחייבות החברה ונותן השירות:

1. **נותן השירות מתחייב כי:**
 - 1.1.1 השירות יינתן על ידי גורמים מקצועיים, ורלוונטיים לסוג השירות, לפי העניין, כנדרש בחוק.
 - 1.1.2 תתקיים עם המנויים תקשורת יעילה וזמינה לפי המפורט בסעיף 3 לעיל.

ט. הגבלת אחריות החברה ו/או נותן השירות

1. **החברה ו/או נותן השירות אינם אחראים לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:**

- 1.1 **הוצאות שהוציא מנוי עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.**
- 1.2 **פגיעה בפעילות נותן השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירות.**
- 1.3 **אירועים הנובעים ממגבלות המערכת הטכנולוגית בתחומי השירות לרבות בתחומי השמירה על הפרטיות והחיסיון הרפואי לרבות בגין כשל תקשורתי, חדירת גורמים בלתי מוסמכים וניתוק פתאומי של התקשורת.**

י. תוקפו של כתב שירות זה:

1. כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע. תקופת הביטוח הינה לשנתיים ומתחדש כל שנתיים בהתאם לתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות הנלווים לכתב שירות זה.
2. תוקפו של כתב השירות יפוג מאליו, אם תפוג תוקפה של תכנית הבסיס אליה נלווה כתב שירות זה.
3. מבלי לגרוע מהאמור מסעיף 2, תוקפו של כתב שירות זה יהיה למשך כל תקופת תכנית הבסיס של המנוי, לרבות באם תחודש תכנית הבסיס של המנוי לתקופות נוספות. תנאי החידוש יהיו כאמור בתנאים הכלליים של התוכנית הבסיסית.
4. החברה רשאית לבטל את כתב השירות לכלל המנויים בהודעה בכתב, במידה והסכם ההתקשרות עם נותן השירות הסתיים והחברה לא מצאה נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח.
5. ביטול כתב השירות יהא בהתאם להוראות כתב השירות ובהתאם להוראות תכנית הבסיס אליה נלווה כתב השירות ולהוראות הדין.
6. מובהר כי מקום בו התנאים בכתב השירות יסתרו את התנאים בתכנית הבסיס, יגברו ויחולו תנאי כתב שירות זה על אף האמור בתכנית הבסיס.
7. המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה בכתב לחברה, והביטול ייכנס לתוקפו באופן מיידי מרגע קבלת הודעת הביטול בחברה. המנוי יהיה זכאי להחזר יחסי מדמי כתב השירות ששילם בגין החודש בו בוטל כתב השירות, בגובה יתרת החודש שלאחר קבלת הודעת הביטול בחברה.
8. להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה. יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה המנוי זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.
9. **מובהר כי בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני כניסת ביטול כתב השירות לתוקף.**

יא דמי מנוי

1. שיעורם של דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח.
2. המנוי ישלם לחברה את דמי המנוי מראש, במועדים ודרכי התשלום שהוסכמו עם החברה. למען הסר ספק, דמי מנוי ישולמו החל מהמועד הקובע, גם במהלכה של תקופת המתנה.
3. **אם לא ישולמו דמי המנוי במלואם, אזי:**

3.1 לא שולמו דמי המנוי או חלק מהם במועדם ולא שולמו גם בתוך 15 ימים לאחר שהחברה דרשה מן המנוי בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למנוי בכתב כי כתב השירות יתבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא ישולם לפני כן.

יב תנאי צמדה

1. כל הסכומים הנוגעים לכתב השירות, לרבות דמי המנוי ודמי ההשתתפות, יהיו צמודים למדד ויעלו בהתאם ליחס שבין המדד החדש למדד הבסיס.
2. "**המדד**" - משמעו מדד המחירים לצרכן, כולל פירות וירקות, שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מפעם לפעם, וכולל אותו מדד אף אם יפרסם אותו גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ואם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיפרסם גוף או מוסד כאמור, ואותו גוף או מוסד לא יקבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, ייקבע היחס האמור על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
3. "**מדד הבסיס**" - המדד מדד חודש ינואר 2016 אשר פורסם ביום 15/02/2016 ועומד על 12169 נקודות.

יג שונות:

1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
2. המנוי מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתו, ולא תישמע טענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה לידי המנוי, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
3. כל הודעה ו/או הצהרה לחברה ו/או למי מטעמה תימסר בכתב.
4. התחייבויות על פי כתב שירות זה, בכל הקשור לתשלומים על פיו, חלות על המתקשר בכתב השירות ו/או על הגורם המשלם ו/או על המנוי בעצמו או באמצעות אפוטרופוס.

יד מקום השיפוט והדין :

בכל מחלוקת שתתגלה בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל והדין החל הנו דיני מדינת ישראל בלבד.

דף רשימה

תקופת ביטוח: 1.11.2022-31.10.2027 טבלת הפרמיות*

הרחבה 3 כתבי שירות	הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	*פרמיה לעובד
		מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
22.5	לפי גיל כמפורט מטה (8/17.5/23.5)	107.5	113	59	לעובד/גמלאי בכל גיל ועד גיל 66 כולל

הרחבה 3 כתבי שירות	הרחבה 2 אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה	הרחבה 1 מסלול ניתוחים		בסיס	פרמיות לשאר המבוטחים על פי גיל
		מסלול שב"ן	רופא בהסכם		
13.5	8	9.5	10.5	17	0-25 (פרמיה לילד*)
22.5	17.5	107.5	113	51.5	26-45
22.5	23.5	107.5	113	51.5	46-66
22.5	26.5	193.5	197	91.5	67-70
22.5	32	193.5	197	94	71-75
22.5	32	193.5	197	110	+76

*החל מילד / נכד שלישי (עד גיל 25) חינם
נכון למדד הידוע ב - 1.11.2022, 13231 נק'.
** גובה הפרמיה עבור עובד/ גמלאי מגיל 67 ומעלה לפי טבלת הפרמיות על פי גיל לעיל.

*קיימת הטבה של ילד של ישי ואילך חינם (ילד עד גיל 25)- ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה.
ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה.

היכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 25 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 25) עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

במקרה של ארבעה ילדים או יותר, ילד אשר הגיע לגיל 25, יגבו דמי ביטוח עבור הילדים הנותרים (עד גיל 25) מילד שלישי ואילך חינם.

פרטי סוכנות הביטוח

סוכנות לביטוח מדנס

טלפון מוקד השירות: 03-6380206
שלוחה 1 שירות
שלוחה 2 להצטרפויות

תיבת מייל ייעודית: Technion@madan.es.com

שירות בוצאפ 052-8259424

