

ביטוח בריאות קבוצתי
"קו למורה" לחברי
ארגון המורים העל יסודי
בבתי הספר ובמכללות
ולבני משפחותיהם

חברים יקרים,

ארגון המורים שקד בחודשים האחרונים על חידוש פוליסת הבריאות הקבוצתית "קו למורה".

סל השירות הרפואי שמספקות לנו קופות החולים השונות, מכסה שירותים הקבועים בחוק הבריאות, אלו מהווים פתרון חלקי בלבד לכלל הצרכים הבריאותיים.

תוכניות "הביטוח המשלים" של קופות החולים, מעניקות כיסוי חלקי לשלל השירותים הרפואיים שאנו עלולים להזדקק במהלך ימי חיינו ובעיקר כיסוי לא מספק לאירועים הרפואיים הקשים העלולים לפקוד אותנו- השתלות, טיפולים רפואיים בחו"ל, תרופות שאינן בסל הבריאות, ביצוע ניתוחים בישראל ובחו"ל ומגוון רחב של שירותים רפואיים.

כל אלו כלולים בביטוח הבריאות החדש.

כחלק מכך, מוגש לכם בזאת ביטוח הבריאות הקבוצתי החדש והמשופר.

ביטוח זה מיועד לכל חברי ארגון המורים ובני משפחותיהם ואשר ההצטרפות אליו באופן עצמאי ע"י החבר.

אני מקווה שלא תזדקקו ומאחל לכם ולבני משפחותיכם בריאות ואריכות ימים.

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
16	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
	פרקי הפוליסה:
37	פרק א' - השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל
42	פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
50	פרק ג' - ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן
54	תוספת לפרק ג' - ביטול השתתפות עצמית בפרק ניתוחים
55	פרק ד' - ניתוחים בחו"ל ומחליפי ניתוח בחו"ל
58	פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים- אמבולטורי
63	דף רשימה

תמצית תנאי הביטוח

ארגון המורים העל יסודיים בבתי הספר ובמכללות

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון המורים העל יסודיים בבתי הספר ובמכללות ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	ארגון המורים העל יסודיים בבתי הספר ובמכללות ח.פ. 589922772
סוג הביטוח	<u>מסלול 1 השתלות ותרופות:</u> השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות לרוכשים מסלול מצומצם. <u>מסלול 2 "קו למורה":</u> השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל שירותים אמבולטוריים לרוכשים מסלול מלא
תקופת הביטוח	01.02.2022 – 31.01.2027 (סעיף 7.1)
תיאור הביטוח	<u>לרוכשים מסלול השתלות ותרופות</u> פרק א' - השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות (כיסוי לבני משפחה המבוטחים בלבד) <u>לרוכשים מסלול "קו למורה"</u> פרק א' - השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות (כיסוי לבני משפחה המבוטחים בלבד) פרק ג' - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן תוספת לפרק ג' - ביטול השתתפות עצמית בפרק ניתוחים פרק ד' - ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל פרק ה' - שירותים אמבולטוריים

תמצית פרטי הפוליסה			
כמפורט בס' 9, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלול (ס' 7), תרופול (ס' 6-8), ניתוחים באמצעות נולן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתלול עזמית או שילוב שירותי השב"ן (ס' 5), ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל (ס' 5), שירותים אמבולטוריים (ס' 3).			הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק השתלול (ר' סע' 3.4, 4.13, 6.1 ו-6.2) פרק ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל (ר' סע' 2.6)			גובה הפיצוי הכספי שאקבל
קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			אחרי כמה זמן מתחיל הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			השתלול עזמית
שם הכיסוי	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קולול החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קולול החולים	האם קיימים כיסויים חולפים בביטוח המשלים של קולול החולים
השתלול וטיפול מיוחדים בחו"ל		+	
תרופול		+	
ביטוח לניתוחים באמצעות נולן שירות שבהסכם וטיפול מחליפי ניתוח בישראל	+		
ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל		+	
שירותים אמבולטוריים		+	

¹ תקולת אכשרה - תקולת המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקולול מקרה ביטוח במהלך תקולת ז', לא יהיה זכאי מבוטח (או מולט) לתגמולי ביטוח.

תמצית פרטי הפוליסה			
עלות הביטוח לרוכשים מסלול של השתלות ותרופות בלבד	קבוצת גיל	דמי ביטוח לחבר הארגון השתלות ו/או טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל + תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	דמי ביטוח לבני משפחה השתלות ו/או טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל + תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
		20.60 ₪	26.70 ₪
		42.15 ₪	48.30 ₪
עלות הביטוח לרוכשים מסלול "קו למורה"	קבוצת גיל	דמי ביטוח לחבר הארגון ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן	דמי ביטוח לבני משפחה ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן
		33.25 ₪	36.00 ₪
		81.15 ₪	102.50 ₪
		128.15 ₪	145.70 ₪
		183.70 ₪	208.80 ₪
		278.00 ₪	316.10 ₪
		312.20 ₪	354.90 ₪
		370.70 ₪	429.30 ₪
עלות הביטוח לרוכשים תוספת לפרק ג' – ביטול השתתפות עצמית בפרק הניתוחים	קבוצת גיל	תוספת לדמי הביטוח המפורטים לעיל לרכישת תוספת לפרק ג' – ביטול השתתפות עצמית בפרק הניתוחים	
		5.10 ₪	
		10.20 ₪	
		10.20 ₪	
		15.40 ₪	
		15.40 ₪	
		25.70 ₪	
		25.70 ₪	
כפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום			
הפרמיה נקובת בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 12687 נק' שפורסם ביום 15.01.2022 וכן בכפוף לסעיף התאמת הפרמיה המפורט בסעיף 15 לפוליסה ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון.			
באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- כנס למחשבון מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.			

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)
השתלות איברים שנלקחו מגופו של אדם	ס' 3.1: השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. עד 4,318,104 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם.
השתלות איברים שנלקחו מבעלי חיים	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח והשתלת איבר אשר נלקחו מבעל חיים	עד 1,028,120 ₪ אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימלי המקובל לאותו סוג השתלה במידה בה מתבצעת ההשתלה.
טיפול מיוחד בחו"ל	ס' 3.3: ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות מהתנאים המפורטים בס' 1.2	עד 822,496 ₪.
פיצוי חד פעמי על אי תביעה או המצאת מימון חלקי	ס' 3.4: ללא השתתפות החברה במימון, ישולם פיצוי של 102,812 ₪. במקרה של מימון חלקי של קופ"ח ישולם פיצוי בסך 25,703 ₪.	-
הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז	ס' 4.1: טיפול רפואי בחו"ל שניתן במהלך האשפוז, הכולל שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.	-
הוצאות אשפוז בחו"ל	ס' 4.3: הוצאות עבור 90 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; 270 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	-
בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל	ס' 4.4: כיסוי מלא במקרה שיידרש המבוטח לבצע הבדיקות כולל טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.	-
הוצאות איתור איבר להשתלה	ס' 4.5: הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל, רישום, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו לשם ההשתלה.	עד 154,218 ₪.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)
הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר אשפוז	ס' 4.6: הוצאות הנובעות מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.	עד 102,812 ₪ להשתלה או עד 51,406 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל לפי המקרה.
הוצאות נסיעה לחו"ל	ס' 4.7: הוצאות הכוללות היטל נסיעה למבוסט ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוסט הוא קטין	-
הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית	ס' 4.8: הוצאות הטסה למבוסט בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגיל	עד 102,812 ₪.
הוצאות שהייה סבירות בחו"ל	ס' 4.9: הוצאות שהייה ליום ליחיד ולמלווה או לקטין ולמלווים בעת השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל.	עד 822 ₪ ליום ליחיד , ו- 1,234 ₪ לשניים ליום ועד 123,374 ₪ לקטין-עד 2,262 ₪ ליום ועד 154,218 ₪
הוצאות הטסת גופת המבוסט לישראל	ס' 4.10: הטסת גופת המבוסט אם המבוסט נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.	ללא תקרה.
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	ס' 4.11: הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל במקרה ולא ניתן להטיס המבוסט לחו"ל מסיבות רפואיות.	102,812 ₪ למקרה ביטוח.
הוצאות שימוש/ השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה	ס' 4.12	1,028,120 ₪.
גמלה חודשית עבור השתלה אשר בוצעה בחו"ל	ס' 4.13: גמלה שתשולם למבוסט מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודשים.	5,141 ₪ או 3,084 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמית.
פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח	ס' 6.1: במקרה בו בחר המבוסט לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה ישולם למבוסט פיצוי חד פעמי של 308,436 ₪.	-
פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה- כיסוי ביטוחי למחלה קשה	ס' 6.2: במקרה שהוגשה תביעה בגין הצורך הרפואי בטרם ביצוע ההשתלה, ישולם פיצוי חד פעמי של 308,436 ₪.	-

פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
תרופות	התרופות הנכללות בס' 1.1: 1. תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת האחת מהמדינות המפורטות בסעיף 1.1.1 לפוליסה. 2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 1.1.2 לפוליסה. 3. תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL. 4. טיפול תרופתי בתרופת יתום. 5. תרופה שאיננה נמנית על קטגוריות 1-5 לעיל, גם אם יש לה תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות.	4,000,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.	90 יום (לא תחול על מבטחים קיימים כמוגדר בס' 4.1 לפוליסה)	514 ₪ למרשם ועד 2 מרשמים לחודש. לא תחול השתתפות עצמית לטיפול בסרטן.
שירות/טיפול נלווה למתן תרופה	סעיף 2.6: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.	עד 185 ₪ ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח.	90 יום (לא תחול על מבטחים קיימים כמוגדר בס' 4.1 לפוליסה)	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
פרמקוגנטיקה	ס' 3.1: התאמת טיפול תרופתי לחולה: • התייעצות עם גנטיקאי • בדיקות גנטיות • התייעצות עם פרמקולוג קליני	ייעוץ גנטיקאי – 771 ₪ להתייעצות ועד 2 התייעצויות בתקופת ביטוח. בדיקות גנטיות – 10,281 ₪. יעוץ פרמקולוג - 514 ₪ ועד 2 התייעצויות בתקופת הביטוח	90 יום (לא תחול על מבטחים קיימים כמוגדר בס' 4.1 לפוליסה)	25%
גנומיקה	ס' 3.2: בדיקת אפיון מולקולארי והתאמת הטיפול המתאים	51,406 ₪ לכלל הבדיקות הגנומיות לסוג גידול סרטני.	90 יום (לא תחול על מבטחים קיימים כמוגדר בס' 4.1 לפוליסה)	15%
כיסוי לתרופות מיוחדות	סעיף 3.3: כיסוי לתרופות שאינן בסל התרופות ולא נכללות בחוזר המפקח בנוגע לתרופות שאינן בסל, אשר נמצאו כמתאימות לטיפול במבוטח על פי תנאי התוכנית.	600,000 ₪ לכל תקופות הביטוח.	90 יום (לא תחול על מבטחים קיימים כמוגדר בס' 4.1 לפוליסה)	771 ₪ או 25% מעלות מרשם חודשי בגין תרופה, לפי הגבוה מביניהם, עד לתקרת השתתפות עצמית חודשית של 2,570 ₪ למקרה ביטוח.

פרק ג' - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: 3 התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (822 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
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.	-	90 יום למעט 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 אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
מסלולים אפשריים לביצוע ניתוח וטיפולים מחליפי ניתוח	ס' 6.1: ביצוע ניתוח במימון חברת הביטוח בניכוי השתתפות עצמית: ביצוע הניתוח או טיפול מחליף הניתוח באמצעות המבטח.	תשלום עלות הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח בניכוי השתתפות עצמית בגובה 2,500 ₪.	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
	ס' 6.2: ביצוע ניתוח במימון השב"ן	יבוצע החזר ההשתתפות העצמית במסגרת ביצוע ניתוח באמצעות השב"ן, עד לגובה הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ההסכם הנהוג לגבי מספר נותני השירות בחברה.	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
	ס' 6.3: אי חברות בשב"ן מבוטח שבמועד תחילת הביטוח אין ברשותו שב"ן או מבוטח שביטל את חברותו בשב"ן במהלך תקופת הביטוח יוכל לפנות למימוש זכאותו על פי האמור בסעיף 6.1 לעיל.	דמי הביטוח שישולמו על ידי המבוטח יהיו דמי הביטוח הנקובים לפרק זה.	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
תוספת לפרק ג'- ביטול השתתפות עצמית עבור פרק ג'			
מבוטח הרוכש תוספת זו יהיה זכאי לכיסוי המפורט בפרק ג' 'ללא צורך בתשלום השתתפות עצמית בגין ניתוח פרטי בישראל וזאת לאחר מיצוי תקופת האכשרה של 120 יום.			
הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. ביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח. 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.			

פרק ד' - ניתוחים ומחילפי 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 / מחליף ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים	סעיף 2	תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 2: באמצעות נותן שירותים שבהסכם: לא תחול תקרת סכום שיפוי. באמצעות נותן שירותים שלא בהסכם: ניתוח בחו"ל - 150% (או 300% במקרה של ניתוח לסילוק גידול) מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל ובנוסף השיפוי כפוף ל תתי התקרות השיפוי המפורטות מטה. מחליף ניתוח בחו"ל - 150% מעלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי . עלות הניתוח – כפי שמשולמת על ידי המבטח לנותני שירותים שבהסכם בגין ניתוח בישראל.		
מנתח/מרדים	ס' 2.1	-	6 חודשים במקרים של הריון, לידה ופוריות	-
הוצאות בית חולים בחו"ל	ס' 2.2	אשפוז עד 30 יום.	6 חודשים במקרים של הריון, לידה ופוריות	-
הוצאות טיסה ושהייה	ס' 2.3: הוצאות טיסה לחו"ל במחיר כרטיס של מחלקת תיירות רגילה למבוטח ומלווה אחד (אם המבוטח קטין- כיסוי מלא ל 2 מלווים). הוצאות שהייה ליום למבוטח ולמלווה או לקטין ול- 2 מלווים	לשהייה - 617 ש ליום למבוטח ו- 617 ש למלווה לתקופה של 30 יום. למבוטח קטין כולל עד 2 מלווים – עד 1,234 ש ליום לתקופה מרבית של 60 יום.	6 חודשים במקרים של הריון, לידה ופוריות	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הטסה רפואית	ס' 2.4: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל.	ללא תקרה.	6 חודשים במקרים של הריון, לידה ופוריות	-
כיסוי להוצאות הטסת גופה	ס' 2.5: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל תוך 7 ימים מיום שהותו מבית החולים בחו"ל.	-	6 חודשים במקרים של הריון, לידה ופוריות	-
פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול	ס' 2.6: יינתן פיצוי חד פעמי בסך 10,281 ₪ אם משך האשפוז בחו"ל יעלה על 8 ימים רצופים.	-	6 חודשים במקרים של הריון, לידה ופוריות	-
שיפוי לאחר אשפוז ממושך	ס' 2.7: מעל 8 ימי אשפוז בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח ל:ריפוי בעיסוק, ייעוץ דיאטטי, שיקום כושר הדיבור, טיפולים פיזיותראפיים.	7,197 ₪ עד 12 מפגשים, עד 157 ₪ למפגש.	6 חודשים במקרים של הריון, לידה ופוריות	20%

פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים- אמבולטורי				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	ס' 2.1: התייעצות עם רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבטח ודרכי טיפול אפשריות. הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה, רופא ילדים ומעקב הריון (רופא ילדים מומחה – התייעצות אחת).	עד 1,000 ₪ לשנת ביטוח להתייעצות עד 4 התייעצויות	30 יום	20%
בדיקות רפואיות אבחנתיות	ס' 2.2: השתתפות בבדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, טומוגרפיה ממוחשבת, תהודה מגנטית וטומוגרפיה. תקרה נוספת לבדיקת MRI.	עד 8,225 ₪ לשנת ביטוח ועד- 3,084 ₪ לבדיקת MRI.	30 יום	20%
בדיקות הריון	ס' 2.3: החזר הוצאות בגין בדיקות הריון שבוצעו בגופה של המבוטחת.	עד 5,141 ₪ להריון ו- 7,197 ₪ להריון רב עוברי. עד 1,000 ₪ עבור התייעצות עם רופא מומחה לצורך מעקב הריון.	6 חודשים	20%
טיפול פיזיותרפיה	ס' 2.4: התשלום יועבר ישירות לנותן השרות לפי הוראות רופא שבהסכם או ישופה המבוטח כנגד קבלות.	עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ועד 164 ₪ לכל טיפול.	30 יום	20%
טיפול שיקומי/ פיזיותרפיה לאחר ניתוח	ס' 2.5: החזר עבור טיפולים פיזיותרפיה ו/או טיפול שיקומי	עד 2,000 ₪ למקרה ביטוח	30 יום	-
ימי החלמה	ס' 2.6: שיפוי בעקבות ניתוח לב/ מח/ עמוד שדרה/ החלפת מפרק/ הסרת גידול ממאיר שבעקבותיו היה המבוטח מאושפז למעלה מ- 7 ימים.	עד 500 ₪ לכל יום החלמה ועד 14 ימים.	30 יום	

25%	30 יום	עד 185 ש"ח לטיפול ועד 20 טיפולים בשנת ביטוח.	ס' 2.7: חזר עבור טיפולים פסיכולוגיים, פסיכיאטריים או סוציאליים.	טיפולים פסיכולוגיים
-	30 יום	עד 4 ימי החלמה, עד 450 ש"ח ליום.	ס' 2.8: שיפוי לימי החלמה בבית החלמה למבוססת שתלד בניתוח קיסרי	החלמה לאחר ניתוח קיסרי
100 ש"ח	30 יום	500 ש"ח לחודש ועד 5,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח.	ס' 2.9: שיפוי בגין עלות טיפול בקנביס רפואי שהומלץ ע"י רופא מומחה	טיפול רפואי בקנביס
25%	30 יום	עד 10,000 ש"ח	ס' 2.10: כיסוי לאביזרים רפואיים כמפורט בסעיף	אביזרים רפואיים
20%	30 יום	2,000 ש"ח לשנת ביטוח ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.	ס' 2.11: השתתפות בהוצאות במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי / ניתוח / מחלה.	שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי או טיפול ב AMBLYOPIA
25%	30 יום	עד 3,000 ש"ח לתקופת ביטוח.	ס' 2.12: מבטח יהא זכאי לאבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים למחלות המפורטות בסעיף.	בדיקות גנטיות לגילוי גנים סרטניים
20%	6 חודשים	עד 20,562 ש"ח לסדרת טיפולים ועד שלוש סדרות טיפולים בכל תקופת הביטוח.	ס' 2.13: השתתפות בהוצאות טיפולי פריון לילד שלישי אשר יבוצעו בגופה של המבוססת בפוליסה בהמלצת רופא פריון.	טיפולי פריון
25%	6 חודשים	123 ש"ח לטיפול, עד 20 טיפולים לשנה.	ס' 2.14: שיפוי בגין הוצאות מתחום הרפואה המשלימה המפורטים בסעיף זה ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הרלבנטי.	טיפולים ברפואה משלימה

- 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.
- המבטח זכאי לקבל מאת הפניקס פירוט תגמולי הביטוח באמצעות המוקד הטלפוני *3455 או 03-7332222 או באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.
- סוכנות הביטוח "שמיים" –זמינה לכל שאלה או פניה בין השעות 8:00-16:00 בטלפון רב קווי שמספרו – 077-6704994 או *9526 כתובת האימיל INFO@SHAMAIS.CO.IL פקס 077-670496

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לחברי ארגון המורים העל יסודיים בבתי הספר ובמכללות ובני משפחותיהם

פרק תנאים כלליים

1. **מבוא:**
תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בכל אחד מפרקי פוליסה זו, בתנאיה סייגיה וחריגיה. השימוש בלשון זכר בפוליסה זו מתייחס גם ללשון נקבה, אלא אם כן צוין אחרת.
2. **הגדרות:**
בכל הנוגע לפרק- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל-(ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל/ ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), תגברנה ההגדרות הקבועות בפרק זה על ההגדרות בפרק התנאים הכלליים.
- 2.1 **הפוליסה:** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה בעבור המבוטחים לבין החברה וכל נספח או תוספת המצורפים לו. הפוליסה כוללת את הפרקים הבאים:
פרק א' – השתלוח וטיפולים מיוחדים בחו"ל
פרק ב' -תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות (כיסוי לבני משפחה המבוטחים בלבד)
פרק ג' -ניתוחים: מסלול - ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן
תוספת לפרק ג'-ביטול השתתפות עצמית עבור פרק ג'
פרק ד' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
פרק ה' – שירותים רפואיים נוספים – אמבולטורי
- 2.2 **המבטח:** הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה" / "המבטח")
- 2.3 **בעל הפוליסה:** מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבוטחים והנו:
הארגון לגבי חבריו, ובני משפחתם, ארגון המורים העל יסודיים בבתי הספר ובמכללות ח.פ. 589922772.
- 2.4 **המבוטח:**
חברי בעל הפוליסה, ובני משפחתם כמוגדר להלן.
- 2.5 **מבוטח קיים:** מבוטח שנכלל בהסכם הביטוח הקודם, במועד הקובע וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- 2.6 **חבר חדש:** חבר חדש אצל בעל הפוליסה שלא היה חבר אצל בעל הפוליסה, במועד הקובע וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

- חבר קיים:** חבר שנכלל בהסכם הביטוח הקודם, במועד הקובע וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- יובהר כי השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של מבטוח מרשימת המבוטחים, מקום בו המבוטח ביקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, לא יגרע מרשימת המבוטחים והכל בתנאי שצירופו יעשה בהתאם לתנאי הפוליסה. במקרה כאמור, המבוטח או בעל הפוליסה יציגו למבטח טופס הצטרפות לביטוח ומסמכים הרלוונטיים לניכוי דמי ביטוח בגבייה אישית.
- 2.7 מבטוח חוזר:** מי שהיה מבטוח במועד הקובע אצל בעל הפוליסה מכוח ההסכם הקודם ומי שהיה מבטוח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח או מכל סיבה אחרת וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.
- 2.8 חבר: מי שהנו חבר אצל בעל הפוליסה** ביום תחילת תקופת הביטוח וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. חבר קיים או חדש, כהגדרתם לעיל.
- 2.9 ילד/נכד:** ילד/נכד של חבר המבוטח או בן/בת זוגו של המבוטח אשר טרם מלאו לו 25 שנה וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, חבר/ בן זוג, כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדרו/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/להם 25 שנה.**
- 2.10 ילד בוגר/נכד בוגר:** ילד/נכד של חבר המבוטח או בן/בת זוג של המבוטח אשר מלאו לו 25 שנה וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, חבר/בן זוג, כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדרו/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/להם 25 שנה.**
- 2.11 תינוק:** ילד שנולד במהלך תקופת הביטוח להורים, אשר אחד מהם מבטוח במסגרת פוליסה זו, יהיה מבטוח בתנאי שצורף לביטוח בכפוף לבקשה בכתב למבטח לצירופו ויתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי פוליסה זו ומכל מקום לא לפני מועד קבלת הבקשה כאמור.
- 2.12 בן זוג:** בן/בת זוג של חבר קיים או חדש, לרבות ידוע בציבור (בכפוף לתצהיר החבר בכתב בדבר היותו ידוע בציבור) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **חתן/כלה:** בני זוג של ילדי החבר.
- 2.13 בן משפחה:** בן/בת זוג של מבטוח או ילד/נכד של מבטוח או ילד של בן/בת זוג של חבר או חתן/כלה של מבטוח.
- 2.14 כיסוי ביטוחי קיים:** הכיסוי הביטוחי שהיה כלול בפוליסה שתוקפה פג ביום היכנס פוליסה זו לתוקף.
- 2.15 כיסוי ביטוחי חדש:** הכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסה זו.
- 2.16 מועד תחילת הביטוח:** לגבי מבטוחים קיימים – המועד הקובע. לגבי מבטוחים חדשים – מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו, או תאריך חידוש פוליסה זו, אם בוטלה, לפי המאוחר מביניהם.
- 2.17 המועד הקובע:** 01.02.2022.
- 2.18 שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח (כמפורט בדף פרטי הביטוח של המבוטח).
- 2.19 תקופת אכשרה:** תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבטוח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח המקורי של

אותו מבוטח או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי שיצורף לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבוטח) ואשר מסתיימת בתום התקופה הנקובה בפרקים או הסעיפים הרלוונטיים בפוליסה זו, לפי העניין, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק או סעיף, לפי העניין. **החברה לא תהיה אחראית לתשלום על-פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע בתקופת האכשרה. מקרה ביטוח אשר ארע בתקופת אכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תקופת הביטוח ושאינו מכוסה.**

2.20 סכום הביטוח: הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד, או הסכום המצטבר בגין מקרי הביטוח, כמצוין בכל פרק ופרק או סעיף וסעיף בפוליסה זו, לפי העניין.

2.21 מִדָּד: מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה.

2.22 המדד היסודי: המדד שפורסם ביום 15.01.2022 **12687 נק'.**

2.23 הפרמיה: דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.

2.24 דולר: דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.

2.25 גיל ביטוחי: גיל המבוטח כשהוא מעוגל לשנים שלמות. עיגול חלקי השנה יחושב באופן הבא: אם מיום השנה לביטוח (המחושב בתום כל שנה קלנדארית ממועד תחילת הביטוח) ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו פחות מששה חודשים (כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מעלה ואם מיום השנה לביטוח ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו למעלה מששה חודשים (לא כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מטה. גיל המבוטח בתכנית ביטוח, לצורך קביעת זכויותיו בתכנית, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.

2.26 תאריך לידה: תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.

2.27 חוק חוזה הביטוח: חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקוניו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

2.28 ישראל: מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.

2.29 חו"ל: כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.

2.30 כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגרגוריאני.

2.31 השתתפות עצמית: חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבטח הינם בעבור הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה.

הגדרות ומינוחים רפואיים

2.32 בית חולים ציבורי: מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.

- 2.33 בית חולים פרטי:** מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ואינו בית חולים ציבורי, שבמסגרתו ניתן לקבל שירותי רפואה פרטיים, ואשר אושר על ידי רשות מוסמכת כדיון, וכן מסלולי שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים.
- 2.34 בית חולים שבהסכם:** מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהמוסדות המוסמכים במקום בו הוא פועל, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על-פי הפוליסה ואשר לחברה הסכם התקשרות עמו.
- 2.35 אשפוז:** שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, ולמעט שהייה במחלקת שיקום של בית חולים ציבורי או פרטי או בבית חולים שיקומי.
- 2.36 יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה (24 שעות) ברציפות.
- 2.37 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.
- 2.38 רופא מנתח:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה מנתח.
- 2.39 רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 2.40 מנתח/מרדים שבהסכם:** מנתח/מרדים אשר הסכים לקבל ישירות מאת החברה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח ו/או הרדמה שביצע במבוטח, כשהוא מאושפז במסגרת בית חולים פרטי.
- מנתח/מרדים אחר:** מנתח/מרדים אשר תמורת ניתוח ו/או הרדמה במבוטח יחייב את המבוטח בתשלום ישירות ולא באמצעות החברה.
- 2.41 חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי
- 2.42 נותן שירותים שבהסכם:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה ונספחיה.
- נותן שירותים שאינו בהסכם/אחר:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר אשר אינו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.
- 2.43 ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, לאבחון ו/או לטיפול ו/או מניעה, כגון: ביופסיות ו/או הראת אברים פנימיים למיניהן, פעולות אנדוסקופיות, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה. **ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**
- 2.44 ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח ע"י רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים). **במקרה שההפניה לניתוח הייתה דרך חדר מיון אך בוצעה לאחר 48 שעות ומעלה ממועד הכניסה לחדר המיון – ייחשב הניתוח כניתוח אלקטיבי.**

- 2.45 ניתוח חירום:** ניתוח פתאומי ובלתי צפוי, שבוצע מיידית במבוטח, שאושפז ישירות לאחר ביקור בחדר מיון של בית החולים.
- 2.46 ניתוח גדול:** ניתוח הכולל פתיחת בית החזה/ לב פתוח (לרבות ניתוח מעקפים) או ניתוח מח או ניתוח גב או ניתוח אשר המבוטח שהה באשפוז לפחות 10 ימים לאחר הניתוח.
- 2.47 מצב רפואי קודם:** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד תחילת הביטוח המקורי של אותו המבוטח.
- 2.48 סייג של מצב רפואי קודם:** סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.49 קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי. קופות החולים שהוכרו על ידי שר הבריאות.
- 2.50 תכנית שב"ן/ שירותי בריאות נוספים (שב"ן):** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.51 חוק ביטוח בריאות ממלכתי:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 2.52 סל הבריאות הממלכתי:** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה.
- 2.53 בית מרקחת:** מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").
- 2.54 תרופה:** חומר כימי או ביולוגי אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 2.55 מרשם:** מסמך רפואי חתום ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה ינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.
- 2.56 רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיתו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 2.57 טיפול תרופתי:** נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.
- 2.58 תרופת יתום:** תרופה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה"). למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים. עבור קוד גנטי מסוים. פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

- 2.59 תרופה גנרית:** תרופה שהיא זהה לתרופה הרשומה בפנקס התכשירים הרשומים בחומר פעיל שבה, בצורתה, בחוזקה, באופן לקיחתה, בפעילותה הרפואית ובזמינותה הביולוגית ואשר אושרה על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות ואשר הגנת הפטנט עליה פגה. לעניין סעיף זה, "זמינות ביולוגית", "פנקס התכשירים הרשומים" - כהגדרתם בפקודת הרוקחים (נוסח חדש) התשמ"א-1981.
- 2.60 ספק הסכס:** בית מרקחת ו/או כל גוף אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם לאספקת תרופות.
- 2.61 מחלת סרטן:** נוכחות של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לוקמיה, לימפומה ומחלת הדלקין. למען הסר ספק, מקרה הביטוח אינו כולל: (1) גידולים המאובחנים כשניונים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כסרום ממאירים; (2) מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות); (3) מחלות עור מסוג: Basal Cell Carcinoma – i Hyperkeratosis; מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים; (4) מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנזקחות מחלת ה-AIDS; (5) סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo – 6 (כולל); (6) לויקמיה לימפוציטית (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל); (7) לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L.). עם ספירה של פחות מ- $10,000 \text{ B cell lymphocytes}$ ובלבד שהמבטח לא מקבל טיפול תרופתי; (8) סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה; (9) פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתת מקומית; (10) גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבטח לא מקבל טיפול תרופתי; (11) T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-T CELL LY.
- 2.62 תרופה ניסיונית – היא אחד מהבאים:**
- (א) תרופה שטרם אושרה לשימוש כלשהו באחת מהמדינות המוכרות.
- (ב) תרופה שאושרה לשימוש כלשהו באחת מהמדינות המוכרות, אך השפעותיה והשלכותיה הישירות והצולבות על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות ומכל מקום המתווה הטיפולי המבוקש (לרבות מיון התרופה) אינו נתמך על פי קריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, למעט אם עונה להגדרה בסעיף 1.1.3. כאמור. תרופה הנמצאת בהליך ניסוי קליני בבני אדם וללא קשר לרמת הצלחת הניסוי ו/או לשלב בו נמצא הניסוי.
- 2.63 טיפול ניסיוני:** טיפול תרופתי שאין עליו עדות בספרות המקצועית הרפואית ואשר לא אושר כבלתי ניסיוני על ידי לפחות שני רופאים מומחים בתחום הרלוונטי בדרגת מנהלי מחלקה בבית חולים בישראל, שאינם הרופאים של המבוטח.
- 2.64 תכשיר מזון רפואי:** תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית ואשר רשום בפנקס התכשירים הרשומים - כהגדרתו בפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981.
- 2.65 יוטימינים:** תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתכשיר מזון רפואי.

- 2.66** **בדיקה גנטית:** בדיקת דגימת DNA או RNA של אדם לשם אפיון והשוואה של רצפים של DNA המבוצעת על ידי מכון גנטי או במעבדה לבדיקות גנטיות.
- 2.67** **בדיקה גנומית (גנומיקה):** בדיקה המתייחסת לפרופיל ולאפיון המולקולארי של דגימת DNA או RNA של תאי גידול סרטני או לתאים לא גידולים של הנבדק המבוצעת על ידי מכון גנטי או במעבדה לבדיקות גנטיות.
- 2.68** **דגימת DNA או RNA:** דגימה ביולוגית של אדם הנלקחת במטרה להפיק ממנה DNA או RNA של האדם או של רקמה גידולי ממנו, במסגרת בדיקה גנטית.
- 2.69** **מידע גנטי:** מידע הנובע מבדיקה גנטית.
- 2.70** **גנטיקאי:** אחד מהבאים: "רופא גנטיקאי" או "גנטיקאי קליני" או "יועץ גנטי" - בעל כשירות מקצועית מתאימה כאמור בחוק מידע גנטי, התשס"א – 2000 וחבר באיגוד הגנטיקאים, הפועל כחלק מצוות של מעבדה לבדיקות גנטיות ו/או מכון גנטי המעורב באבחון גנטי, לרבות אבחון מחלות גנטיות.
- 2.71** **מכון גנטי:** מחלקה גנטית בבית חולים רשום לפי פקודת בריאות העם, ושיש בה מעבדה העורכת בדיקות גנטיות.
- 2.72** **פרמקוגנטיקה:** תחום המשלב פרמקולוגיה וגנטיקה המבוססת על השונות הגנטית בין מטופלים בתגובתם לטיפול תרופתי והתאמת תרופות בהתאם לנתונים הגנטיים של המטופל.
- 2.73** **מעבדה לבדיקות גנטיות:** מעבדה רפואית לעריכת בדיקות גנטיות שקיבלה רישיון בחוק מידע גנטי, התשס"א – 2000.
- 2.74** **רישיון:** רישיון שניתן למעבדה לבדיקות גנטיות בהתאם לחוק מידע גנטי, התשס"א – 2000 (להלן: "**חוק מידע גנטי**").
- 2.75** **מחלה גנטית:** לרבות מחלה (גנטית) תורשתית. מחלה הגורמת לירידה בתוחלת החיים או לפגיעה באיכות החיים, הנגרמת ממוטציה בגן אחד או שינוי כרומוזומלי או שינוי גנומי.
- 2.76** **קרוב:** מי שיש לו קרבת דם למבוטח.
- 2.77** **אבחון מולקולארי:** (Tumor Profile) - אבחון גנטי המבוצע על רקמת הגידול הסרטני או גידול שפיר בעל פוטנציאל סרטני לאחר הוצאתו מהגוף בביופסיה או במהלך ניתוח. האבחון המולקולארי מתבצע במספר שיטות ובוחן שינויים מולקולאריים במספר גדול של גנים בו זמנית בתאי הגידול. הבדיקות כוללות זיהוי רמות חלבון, רמות ביטוי גנטי, איתור מוטציות, חסרים ועודפים גנטיים בשיטות FISH וריצוף גנים מלא. שינויים מולקולאריים עשויים לנבא יעילות או עמידות לטיפול תרופתי בתא סרטני.
- 2.78** **טיפול רפואי מונע או גילוי מוקדם:** טיפול או הליך רפואי אשר הומלץ על ידי הרופא למבוטח למניעת מחלה או הקטנת הסיכון לפתח מחלה או לאפשר גילוי מוקדם יעיל של המחלה.
- 2.79** **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 המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בפרק השתלות בפוליסה).

3. הצהרת בעל הפוליסה:

בעל הפוליסה מצהיר, כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

4. אופן הצטרפות לביטוח:

4.1 מבוטחים קיימים:

מבוטחים קיימים יועברו מהפוליסה הקודמת לפוליסה החדשה, ללא חיתום רפואי מחדש וללא מניין מחדש של תקופות אכשרה (רצף ביטוחי).

מבוטחים קיימים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם סייג למצב רפואי קודם יועברו באותם תנאים והסייג הרפואי, הקיים בגינם, ימשיך גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה.

מבוטחים חדשים:

חבר חדש ו/או קיים ובני משפחתו יוכלו להצטרף לפוליסה, לאחר שמילאו טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ובו בחרו את המסלול הרצוי, השתלות ותרופות או "קו למורה".

ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.

בתוספת תשלום כמפורט בסעיף 14.1 חבר חדש ו/או קיים ובני משפחתו יוכלו לרכוש תוספת לפרק ג' - ביטול השתתפות עצמית עבור פרק ג'.

מבוטח הרוכש תוספת זו יהיה זכאי לכיסוי המפורט בפרק ג' ללא צורך בתשלום בהשתתפות עצמית בגין ניתוח פרטי בישראל כמפורט בתוספת לפרק ג'.

הוראות מעבר ייחודיות למבוטחי ביטוח הבריאות הקבוצתי של הסתדרות המורים:

מוסכם ומוצהר על המבטח כי חברי הסתדרות המורים, המבוטחים בפוליסת הבריאות הקבוצתית של הסתדרות המורים, שירשמו כדין כחברי ארגון המורים, יהיו זכאים להתקבל לפוליסת ביטוח הבריאות של ארגון המורים, בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום, ללא מניין תקופות אכשרה בכיסויים השונים.

החבר ובני משפחתו יציגו למבטח אישור בכתב (לרבות דיוור שנתי מטעם המבטח של הסתדרות המורים) כי היו מבוטחים בפוליסת ההסתדרות, במועד רישומם לארגון המורים.

כל האמור לעיל לא יחול לגבי מבוטחים אשר לגביהם חל מקרה הביטוח (בין אם שולם בפועל או שטרם שולם) במסגרת פוליסת ההסתדרות, טרם מועד בקשתם להצטרף לביטוח הקבוצתי של ארגון המורים.

ככל שמבוטח הראשי (חבר ארגון) יבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא, תבוטל הפוליסה לכלל המבוטחים אשר תחת אותו מבוטח ביום ביטול הפוליסה.

4.2 מבוטחים חדשים:

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

(1) במקרה בו חלות הוראות סעיף 4.3 לפוליסה, היום בו הביע המבוטח החדש את רצונו בכתב להצטרף לביטוח בהתאם לסעיף 4.3;

(2) הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן הסכימה החברה לקבל את המבוטח החדש לביטוח, במקרה שנדרש המבוטח למילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות פוליסה זו;

(3) היום בו התקבל אמצעי תשלום תקף שניתן לגבות ממנו לתשלום הפרמיה הראשונה;

4.3

מוטלת על מבוטח לפי תנאי הפוליסה חובה אחת מאלה:

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

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;

לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, , ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי בפוליסה ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

4.4

סעיף 4.3 לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

4.5

מבוטח חוזר: מבוטח חוזר אשר ביטל את הפוליסה באופן יזום ו/או דווח על ידי הארגון כפורש יצטרף מחדש לביטוח רק בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות חדשה, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה.

5.

מתן מסמכים למבוטח:

5.1

המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה וטופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח על הביטוח; על אף האמור, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח 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 (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

5.2

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

5.3

נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן

המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבוטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.

6. מתן הודעות למבוטח: .6

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

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

(א1) חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבוטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש – ימסור המבוטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(א2) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבוטח ובין אם אצל מבוטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח ויפרט

(א3) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

"שינוי פרמיה"

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

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

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

7. תקופת הביטוח: .7

7.1 תקופת הביטוח תהיה החל מיום 01.02.2022 (המועד הקובע) ועד 31.01.2027.

7.2 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות והאקטואריה של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות

המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא הגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועדה המקורי ובעל הפוליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטח, כמפורט לעיל.

7.3 הוורכה תקופת הביטוח כאמור לעיל, יפעל המבטח על פי האמור בסעיף 6 לעיל.

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

7.5 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו-8.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

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

8.1 תום הביטוח עבור מבוטח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מבניהם:

8.1.1 **ביטול על ידי המבוטח:** כל מבוטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח את הביטוח, יתבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.

8.1.2 **תום תקופת הביטוח:** יום תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 7.1 או מועד תום תקופת הביטוח, לגבי כיסוי מסוים, אם נקבע מועד כזה בתנאי הביטוח, לפי המוקדם מבניהם.

8.1.3 **ביטול על ידי המבטח:** ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 14.4 לפוליסה או במקרה של אי גילוי בהתאם להוראות 17 לפוליסה.

8.1.4 **ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:**

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע בעל הפוליסה או המבוטח למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה, בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 4.3-4.4 או בסעיף ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 4.4; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף האמור בסעיף 8.1.5 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

8.1.5 העדר זיקה לבעל הפוליסה: אובדן הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה יביא להפסקת הביטוח, כמפורט להלן:

סיום יחסי חברות: עזיבת חבר את חברותו אצל הפוליסה, מכל סיבה שהיא, הביטוח של החבר ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו עזב החבר את חברותו אצל בעל הפוליסה, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין אותו חודש.

גירושין או פטירה (חו"ח) של המבוטח חבר בעל הפוליסה: התגרש מבוטח חבר בעל הפוליסה, הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

8.2 תם הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 במהלך חודש קלנדרי, לא יוחזרו דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו הסתיימה או בוטל הביטוח.

8.3 הסתיים הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 לגבי המבוטח שהנו חבר אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הביטוח שלו ושל כל בני משפחתו המבוטחים עמו במסגרת הפוליסה.

8.4 המשכיות ובתנאי כי המבוטח מבוטח בפוליסה הקולקטיבית זו לתקופה של לפחות 6 חודשים רצופים:

תם הביטוח בהתאם לסעיפים 8.1.2, 8.1.5 (לעניין סעיף 8.1.2 תיתן המשכיות על פי סעיף זה רק במקרה שהסכם הביטוח יסתיים או יבטל והפוליסה לא תתחדש אצל המבוטח או אצל מבטח אחר, לגבי כלל המבוטחים או חלקם שהביטוח אינו מתחדש עבורם), יהיו המבוטחים בפוליסה ערב האירועים המפורטים בסעיפים אלו רשאים לבקש בכתב להצטרף לכיסויים הביטוחיים החופפים במסגרת אחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות של החברה (להלן: "**פוליסת פרט**"), כפי שיהיו באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לפוליסת פרט וכן בהתאם לתנאים הבאים:

8.4.1 המבוטח יודיע בכתב למבטח בכתב על רצונו להמשיך להיות מבוטח בפוליסת פרט תוך 90 יום מיום תום הביטוח בפוליסה (הקבוצתית).

8.4.2 מועד תחילת הביטוח יהא מיום סיום הפוליסה (הקבוצתית) ובהתאם ישולמו דמי הביטוח.

8.4.3 ההצטרפות לביטוח תהא ברצף ביטוחי (ללא תקופות אכשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים) מחודש ביחס לכיסויים ביטוחיים חופפים בין פוליסת הפרט לפוליסה (הקבוצתית) וביחס לאותם סכומי ביטוח. במקרה בו ירכוש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות אך ורק ביחס לכיסויים ולסכומים הלא החופפים.

8.4.4 יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסת הפרט יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח ביחס לדמי הביטוח ששולמו בגין הפוליסה (הקבוצתית).

8.4.5 יובהר כי ההמשכיות לא תינתן למבוטח אשר ביטל מיזמתו את הביטוח (הקבוצתי), לרבות בהתאם לסעיף 8.1.1. לעיל, או אשר המבטח ביטל את הביטוח לגביו בהתאם לסעיף 8.1.3 לעיל.

9. סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על כל פרקי הפוליסה, להוציא פרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:
החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

9.1 מקרה הביטוח ארע לפני תאריך תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה לעיל.

9.2 ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסטטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.

9.3 ניתוחי עיניים וטיפולים לתיקון קוצר ראייה ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי שני רופאים מומחים בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינם הרופא המבצע את הניתוח.

9.4 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי שני רופאים מומחים בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינם הרופא המבצע את הניתוח.

9.5 אביזרי עזר רפואיים כגון: עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים ארטופדיים וכדומה, למעט אם נכללו במפורש בכיסוי הביטוחי באחד או יותר מפרקי הביטוח.

9.6 עקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות ו/או אי פוריות ו/או היריון ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפוליסה ובהתאם לתנאים שנקבעו באותו פרק) ו/או הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חברתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.

9.7 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, טיפולי היפר תרמיה.

9.8 טיפול תרופתי מניעתי בשל תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).

9.9 אלוהויזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה שלא בהתאם להוראות היצרן של חומרים שאינם סמים.

9.10 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.

- 9.11 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שכר ותשלום בצידה ו/או פעילות ספורטיבית תוך השתייכות לאגודת ספורט.
- 9.12 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 9.13 מקרה ביטוח שארע במישרין בלבד מפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים כהגדרתן בפלת"ד.
- 9.14 טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטרים.
- 9.15 ניתוחים או טיפולי שיניים וחיכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי מסוים בפרק מסוים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק זה.
- 9.16 ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים או טיפולים הדרושים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.
10. תנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:
- 10.1 סייג בשל מצב רפואי קיים:
החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 10.2 תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:
סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא:
- 10.2.1 פחות מ- 65 שנים – יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 10.2.2 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 10.3 סייג של מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים:
סייג לחבות המבוטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים, שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 10.4 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:
סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
11. תשלום תגמולי הביטוח:
- 11.1 החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע ניתוח במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא.

11.2 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.

11.3 **חובת מסירת מסמכים:** במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות ו/או העתק מסמכים, לרבות באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח ובהתאם לנסיבות העניין בצירוף הסבר למי נשלחה חשבונית המקור (ככל שנשלחה) ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין חשבונית זו או בצירוף הסבר למי נשלחה החשבונית (ככל שנשלחה).

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

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

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

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

11.8 **תחלוף (סברוגציה):**

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

12. כפל ביטוח:

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

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

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

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

13. התביעה וניהולה:

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

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

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

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

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

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

13.5 **בדיקה רפואית:** אם יידרש לכך ע"י רופא מטעם החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית סבירה בנסיבות העניין על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט ו/או מסמך רפואי שיידרש. החברה תדאג כי הרופא מטעמה יציע למבוטח מועד לבדיקה רפואית כאמור לא יאוחר מתום 30 יום מיום קבלת התביעה במקרים רגילים, ותוך 7 ימי עבודה במקרים דחופים.

יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות מכוח הפוליסה בבית משפט.

13.6 אישור/דחייה תביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה. במקרים דחופים מתחייבת החברה לתת הסכמתה או אי הסכמתה לשאת בתשלום תגמולי הביטוח עפ"י פוליסה זו, תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים לחברה לצורך בירור חבותה. **במקרי דחיפות מיוחדת יינתן אישור מידי על ידי חברת הביטוח בכפוף להחתמת המבוטח על הסכמתו לבדיקת זכאותו, לאחר אישור מקרה הביטוח והתחייבותו האישית לביצוע החזר כספי ומתן ערבויות מתאימות, אם ימצא כי לא עמד בתנאי הזכאות לקבלת תגמולי הביטוח.**

13.7 החברה מתחייבת לשלם את תגמולי הביטוח במידה והתביעה אושרה על ידה תוך 14 ימי עבודה מיום אישור התביעה.

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

13.9 **בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים או טיפולים מיוחדים בחו"ל:** אישרה החברה ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

13.9.1 תיתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

החברה תהיה רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.

13.9.2 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ו/או העתק מסמכים לרבות באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח.

במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות בהתאם להוראות סעיף 11.3. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

13.9.3 תשלומים במטבע חוץ שתשלם החברה יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום. כל הוצאה שתהא לחברה בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידה ולא תשולם בנוסף להם. מובהר כי במקרה של כיסוי ביטוחי שנועד לשימוש בחו"ל, תקרת תגמולי הביטוח/ גבול האחריות המופיע בפוליסה הינו סופי ובמסגרת זו יכללו העלויות הקשורות להמרה והעברת כספים לחו"ל.

13.9.4 תשלום בעת תביעה:

בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לשפות ולשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם או כמפורט בהסכם ו/או לפצות את המבוטח על פי סכומי הפיצוי הנקובים בפוליסה ו/או לשלם בגין הטיפול ישירות לספק ההסכם שביצע את הטיפול הרפואי במבוטח ובהתאם לכיסויים הביטוחיים של הפוליסה.

העתק קבלות: במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג, גיש המבוטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויצוין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ו/או העתק מסמכים באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח.

13.10 הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:

מבוטחים בפוליסה זו הינם תושבי ואזרחי מדינת ישראל.

כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם. מבוטח ששהה בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 180 יום וחזר לישראל, יהא רשאי לקבל שירות על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בחו"ל ומכוסה על פי תנאי פוליסה זו, עם חזרתו לישראל ובכפוף לה, והשירותים בגין מקרה הביטוח יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

למען הסר ספק, החברה לא תחזיר למבוטח את ההוצאות בגין מקרי ביטוח שאירעו בחו"ל ואשר הוצאותיהם בוצעו בחו"ל, לרבות התחייבויות כספיות אם נתנו על ידי המבוטח, אלא אם אישרה החברה מראש ובכתב הוצאת הוצאות אלו על ידי המבוטח בעת שהותו בחו"ל

לרוכשים מסלול של השתלות ותרופות בלבד

קבוצת גיל	דמי ביטוח בש"ח לחבר הארגון השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל + תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	דמי ביטוח בש"ח לבני משפחה השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל + תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
0-55	20.60 ₪	26.70 ₪
+56	42.15 ₪	48.30 ₪

לרוכשים מסלול "קו למורה":

קבוצת גיל	דמי ביטוח בש"ח לחבר הארגון ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן	דמי ביטוח בש"ח לבני משפחה ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם טיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן
0-25	33.25 ₪	36.00 ₪
26-40	81.15 ₪	102.50 ₪
41-50	128.15 ₪	145.70 ₪
51-60	183.70 ₪	208.80 ₪
61-65	278.00 ₪	316.10 ₪
66-70	312.20 ₪	354.90 ₪
+71	370.70 ₪	429.30 ₪

- המדד שפורסם ביום 15.01.2022 12687 נק'.
- הגבייה הינה באמצעות אמצעי גבייה אישי (כרטיס אשראי ו/או הוראת קבע).

דמי ביטוח לרכישת תוספת לפרק ג'- ביטול השתתפות עצמית בפרק ניתוחים

קבוצת גיל	תוספת לדמי הביטוח המפורטים לעיל לרכישת תוספת לפרק ג'- ביטול השתתפות עצמית בפרק הניתוחים
0-25	5.10 ₪
26-40	10.20 ₪
41-50	10.20 ₪
51-60	15.40 ₪
61-65	15.40 ₪
66-70	25.70 ₪
+71	25.70 ₪

14.2 הפרמיה החודשית עבור כל מבטוח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה, בכפוף לאמור בסעיף 14.4 כאמור. הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד היסודי ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.

14.3 פירוט הסדרי תשלום

דמי הביטוח החבר ובני משפחתו של החבר כמוגדר לעיל ישולמו על חשבון החבר באמצעי גבייה אישי.

מובהר כי חברים אצל בעל הפוליסה המבטוחים בפוליסה זו, בתקופה בה הם נמצאים בחל"ד (חופשת לידה) או בחל"ת (חופשה ללא תשלום), להמשיך לשלם את דמי הביטוח כסדרם.

14.4 פיגור בתשלום דמי הביטוח: לא שולמו דמי הביטוח במועד, על ידי המבטוח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבטוח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבטוח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.

14.5 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המת"חסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה ולמבטוחים ודמי הביטוח ישולמו כפי שישנו.

14.6 שינויים בדמי הביטוח

בנוסף לאמור בסעיף 15 לעניין התאמת דמי הביטוח, יהיו רשאים בעל הפוליסה והמבטוח להסכים על שינויים בדמי הביטוח.

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד החידוש הביטוח הקבוצתי העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטוח בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבטוח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מבניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטוח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטוח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים- המבטוח 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 הביטוח**" – (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטוח; (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטוח, במלאה או בחלקה; (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה. (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבטוח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; (5) במועד החידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטוח ערב מועד חידוש הביטוח.

15. התאמת דמי ביטוח :

בתום 24 חודשים מהמועד הקובע (01.02.2022) וכל 12 חודשים לאחר מכן, תהא רשאית החברה להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבטוחים, ליתרת תקופת הביטוח על-פי ניסיון התביעות ובהתאם למוסכם עם בעל הפוליסה.

16. התיישנות:

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

17. חובת גילוי:

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

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

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

17.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

(1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה; (2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

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

18. תקילה:

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

19. מיסים והיטלים:

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

20. למען הסר ספק, יובהר כי פוליסה זו אינה מחליפה כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.

21. 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.

22. הודעות:

כתובת הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:

**המבטח- דרך השלום 53, גבעתיים.
בעל הפוליסה- מנחם בגין 23 תל אביב.**

כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה
על ידי הנמען תוך 72 שעות
מעת מסירת המכתב הכולל את ההודעה בדואר ולשם הוכחת המסירה די להוכיח כי המכתב
הופקד בדואר

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

1. הגדרות לפרק זה:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפרק "תנאים כללים לביטוח", יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 "השתלה":

1.1.1 פרוצדורה הכוללת את התנאים הבאים: א) כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, רחם וכל שילוב ביניהם, ו-ב) השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.

1.1.2 השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי שמקורם במבוטח עצמו.

1.1.3 השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי ו/או קוצב סרעפתי לחולי ALS. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.4 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם בלבד או אונת כבד או ריאה, אשר נלקחו מבעל חיים במקומם בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיונות ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי.

1.1.5 למען הסר ספק, הגדרת "איבר שלם" בסעיף זה – איבר מן האיברים הנזכרים כאן, בשלמותם בלבד ולא חלקים מהם או חלקים המחברים אליהם ומהם (למעט אונת כבד ואונת ריאה)

1.1.6 השתלה תכוסה עפ"י הגדרה זו ותנאי פוליסה זו, ובלבד שהתמלאו התנאים המצטברים המפורטים להלן:

1.1.6.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.

1.1.6.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו נמצא אותו בית חולים.

1.1.6.3 בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבוטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

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

1.1.7 מובהר כי אין בכיסוי ביטוחי לפי פרק זה בכדי להרחיב את המונח "השתלה" ו/או "איבר" כהגדרתו בחוק השתלת איברים ו/או חוק איסור סחר באיברים לעניין חוקים אלו וחובת יישומם בנסיבות.

1.2 "טיפול מיוחד בחו"ל" – ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:

1.2.1 סיכויי ההצלחה ("ילקח בחשבון הניסיון המצטבר) בביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול או הניתוח בארץ.

1.2.2 הטיפול אינו בר ביצוע ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל. "טיפול/ניתוח חלופי" – טיפול/ניתוח הניתן לביצוע בישראל, המאפשר להשיג אותן תוצאות רפואיות המושגות ע"י הטיפול המבוקש ובלבד שאין בו לגרום למבוטח נזק או תופעות לוואי חמורות יותר.

1.2.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה בחו"ל לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה, וכתוצאה מכך נגרמת סכנה לחיי המבוטח.

1.2.4 ביצוע הטיפול בחו"ל חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו של הטיפול מהווה סכנה ממשית לחייו.

1.2.5 הניסיון ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל.

1.2.6 מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב טיפול מיוחד בחו"ל למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.

1.2.7 טיפול להצלת שמיעה (מחירשות מלאה) או ראייה (מעיוורון מלא).

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

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

2. **מקרה הביטוח :**
מקרה הביטוח הינו מצב רפואי המחייב השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח.

למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

3. **סכום הביטוח:**

3.1 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות בגין מקרה/י ביטוח עפ"י פרק זה הינו – ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה ועד לתקרת שיפוי של 4,318,104 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה, אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג של השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה. למרות האמור לעיל, על ההוצאות המפורטות בסעיף 4 יחולו התקרות הקבועות שם ובכפוף לתקרה הקבועה בסעיף זה, לפי הנמוך מביניהם.**

3.2 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלות איברים שנלקחו מבעלי חיים – עד לסך של 1,028,120 ₪ אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה.**

3.3 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה לטיפול מיוחד בחו"ל לכל תקופת הביטוח – עד לסכום של 822,496 ₪ למבוטח כולל הוצאות הנלוות לפי סעיף 4.

3.4 פיצוי חד פעמי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי –

3.4.1 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, ללא השתתפות החברה במימון עלות כלשהי מכוח פרק השתלות זה, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 51,406 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבוטח.

3.4.2 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל במימון חלקי של קופת החולים של לפחות 25%, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 25,703 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבוטח.

למען הסר ספק יודגש כי הסכום הפיצוי הנ"ל לא ישולם בגין טיפול שבוצע בארץ.

4. שיפוי להוצאות השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל:

תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המפורטות להלן:

4.1 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.

4.2 יובהר כי לא ינתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל שאין מניעה לבצעם בישראל טרם יציאת המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, או שאין מניעה לדחותם עד שוב המבוטח לישראל.

4.3 הוצאות אשפוז בחו"ל עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 270 יום לאחר ביצועם.

4.4 במקרה שידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

4.5 הוצאות איתור איבר להשתלה, לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו למקום ההשתלה, עד לסך של 154,218 ₪

4.6 הוצאות טיפולי המשך בחו"ל המתרחשים לאחר האשפוז, הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, ועד לסכום של 102,812 ₪ להשתלה או 51,406 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.

4.7 הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין. נדרש המבוטח בלבד מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים שאינה מחלקה ראשונה, ישופה עד לתקרה של מחלקת עסקים כאמור.

4.8 הוצאות הסטה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה מבית החולים בארץ לשדה התעופה ומשדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 102,812 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.

4.9 הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד עד לסכום של 822 ₪ ליחיד או 1,234 ₪ לשניים, לכל יום שהייה. תקרת ההוצאות המקסימאלית להוצאות שהייה לפי סעיף זה הינה עד לסך של 123,374 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.

במקרה שהמבוטח שעובר את ההשתלה או את הטיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, הנו קטין, יכוסו הוצאות שהייה בגין הקטין ושני מלווייו בסך של עד 2,262 ₪ לכל יום שהייה ועד לתקרה מקסימלית של 154,218 ₪.

4.10 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, לרבות ביצוע מספר טיסות, אם ידרשו כאלו והוצאות העברות קרקעיות למקום ביצוע ההטסה, אם ידרשו כאלו, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל.

4.11 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל, לביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסכום של 102,812 ₪ למקרה ביטוח אחד. למען הסר ספק יובהר כי סכום שיפוי מרבי זה הינו בנוסף להוצאות ביצוע ההשתלה שישולמו על ידי החברה.

4.12 הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה עד לסכום של 1,028,120 ₪.

4.13 המבטח יפצה את המבוטח בגמלה חודשית בעבור השתלה אשר בוצעה בחו"ל (למעט השתלת מח עצם עצמית) בסכום של 5,141 ₪ או 3,084 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמות, אשר תשולם למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודש (להלן: "תקופת התשלום").

4.14 הגמלה החודשית תשולם למבוטח גם אם ההשתלה כאמור בפרק זה בוצעה בישראל, ובלבד שקיימת זכאות לביצוע עפ"י תנאי הפוליסה. במקרה מות המבוטח תשולם יתרת התשלומים שנותרו להשלמת 24 גמלאות לשאירי המבוטח.
במקרה השתלה חוזרת בתוך תקופת תשלום הגמלה, לא תשולם גמלה נוספת.

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

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

5. תשלום תגמולי הביטוח:

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

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

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

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

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

6. פיצוי במקרה של השתלה או צורך רפואי בהשתלה:

6.1 פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח:

במקרה בו בחר המבוטח לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 308,436 ₪ לאחר ביצוע ההשתלה. למען הסר ספק יודגש כי הסכום הנקוב בסעיף זה לא ישולם בגין השתלות שבוצעו בישראל.

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

ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 308,436 ₪ בתנאי שהמבוטח הגיש תביעה לחברה בגין הצורך הרפואי בטרם ביצע ההשתלה בצירוף מסמכים רפואיים וחוות דעת רפואית בדבר הצורך בהשתלה ובכפוף להמצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר.

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

למען הסר ספק יודגש כי פיצוי זה יבוא במקום כל תגמול אחר בגין ההשתלה.

7. סייגים לאחריות המבטח

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

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

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

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

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

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

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1.

הגדרות:

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

1.1

מקרה הביטוח:

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

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

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

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

תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

1.1.3 תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL

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

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

ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II a

5. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guidelines
 שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 א. NCCN
 ב. ASCO
 ג. NICE
 ד. ESMO Minimal Recommendation

1.1.4 **טיפול תרופתי בתרופת יתום** - תרופה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר **(להלן: "מחלה יתומה")**.

למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים. עבור קוד גנטי מסוים. פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

1.1.5 **תרופה אשר מכוסה בסעיפים 1.1.1 – 1.1.4 לעיל** גם אם יש לה תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות.

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

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

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

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

2. **הכיסוי הביטוחי:**

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

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

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

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

2.4 **השתתפות עצמית**- תשלם החברה אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית למרשם שהינה 514 ₪ למרשם לחודש ועד 2 מרשמים לחודש. לתרופות לטיפול בסרטן לא תחול על המבוטח השתתפות עצמית למרשם לחודש. ההשתתפות העצמית היא כאמור בסעיף זה לעיל, אלא אם כן נאמר אחרת באחד מהסעיפים שלהלן.

2.5 **תקרת כיסוי**- סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה למבוטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות כמפורט בפרק זה תהיה עד לסך של 4,000,000 ₪ למשך כל תקופת

הביטוח. למען הסר ספק, יובהר כי תקרת הכיסוי המפורטת לעיל כוללת את כלל הכיסויים המפורטים בפרק זה.

2.6 החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 185 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח. סכום זה בא בנוסף לשיפוי בגין עלות התרופה.

2.7 הסכומים המפורטים בפרק זה יהיו צמודים למדד היסודי.

3. בנוסף לאמור לעיל המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות והשירותים המפורטים להלן:

3.1 פרמקוגנטיקה – התאמת טיפול תרופתי לחולה:

3.1.1 מהות הכיסוי: מהות הכיסוי הינה **התאמת סוג הטיפול התרופתי לשונות הגנטית של החולה, לרבות יעילות הטיפול התרופתי, והמינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, למנוע תופעות לוואי ו/או רעילות מהטיפול התרופתי ולבצע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו.**

3.1.2 מקרה ביטוח: מקרה הביטוח לפי ס"ק 2.1 הנו הצורך בביצוע בדיקה גנטית לצורך התאמת תרופה למבוטח עקב מחלה, שאירעה במהלך תקופת הביטוח, במקרה של צורך בטיפול תרופתי.

3.1.3 השירותים:

בקרות מקרה הביטוח, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין שירותים באמצעות נותני שירותים שבהסכם על פי המפורט להלן:

3.1.3.1 התייעצות עם גנטיקאי - המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת עם גנטיקאי בקשר לכל מקרה ביטוח עד לתקרה של 771 ₪ להתייעצות ועד 2 התייעצויות בתקופת הביטוח.

3.1.3.2 ההתייעצות עם גנטיקאי תכלול ריכוז מידע אודות המבוטח (רקע משפחתי, מצב רפואי, עיון בתיק הרפואי של המבוטח ובני משפחתו) התרופות המוצעות לטיפול והמחלה העכשווית ומחלות הרקע, במטרה לקבוע את הצורך בהסכמת המבוטח האם לבצע בדיקות גנטיות ואיזה גנים יבדקו - בהתאם למקרה הביטוח.

3.1.3.3 קבלת הסברים על תוצאות הבדיקות הגנטיות שנעשו והמלצות בהתאם לתוצאות אלו.

3.1.3.4 בדיקות גנטיות - ביצוע בדיקות גנטיות שנועדו להתאמת הטיפול התרופתי ויעילותו למחלה בה חולה המבוטח עד לתקרה של 10,281 ₪.

3.1.3.5 התייעצות עם פרמקולוג קליני - סברו הגנטיקאי ו/או הרופא המומחה בתחום הרלוונטי, לאור תוצאות הבדיקות הגנטיות, כי יש צורך ביעוץ נוסף של פרמקולוג קליני, תשפה החברה את המבוטח בהוצאותיו בגין ייעוץ זה עד לסך של 514 ₪ ועד 2 התייעצויות בתקופת הביטוח.

3.1.3.6 השתתפות עצמית בגין השירותים המנויים בסעיף 3.1.3 הינה בגובה 25%.

3.2 גנומיקה – בדיקת הגנטיקה של גידולים והתאמת הטיפול המתאים:

3.2.1 מהות הכיסוי: אבחון הפרופיל הגנטי של רקמת הגידול הסרטני מחד והגנטיקה של החולה עצמו מאידך, וחיזוי מהלך המחלה וסיכויי התגובה של הגידול הסרטני לתרופות שונות. באמצעות בדיקות אלה ניתן להתאים באופן אישי לכל חולה ולגידול הסרטני הספציפי של החולה את סוג הטיפול התרופתי הייחודי ואת המינון שיעניק לחולה את הסיכוי הטוב ביותר למאבק במחלה תוך הקטנה אפשרית של מספר או חומרת תופעות הלוואי.

יובהר כי כיום האפיון המולקולארי אינו מתאים לכל הגידולים הסרטניים והשירותים על פי תכנית ביטוח זה מתייחסים רק לגידולים הסרטניים המפורטים בסעיף 2.41 כאמור.

3.2.2 מקרה ביטוח: מקרה הביטוח לפי ס"ק 3.2 הנו הצורך בבצוע בדיקה גנטית של תאי גידול סרטני הנמצא בגופו של המבוטח למטרת קביעת יעילותן של תרופות לטיפול במחלה של המבוטח, שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

3.2.3 אפיון מולקולארי:

3.2.3.1 המבוטח יהיה זכאי לשיפוי עבור הוצאותיו בגין בדיקות גנומיות שבוצעו באמצעות נותן שירותים שבהסכם, על פי המלצת הרופא האונקולוג המטפל במבוטח ועפ"י פרוטוקולים רפואיים מקובלים.

3.2.3.2 הבדיקות הגנומיות תתייחסנה רק לסוגי הגידולים הסרטניים המוגדרים כסרטן מתקדם גרורתי על פי דירוג TNM כ-M1 לפחות, או מחלה ממארת מקומית שהינה אחת מאלה - גידולי מוח, גידולי לבלב, סרטן שד גרורתי/ triple negative, סרטן ריאה וגידולים ממקור לא ידוע.

3.2.3.3 השיפוי בגין הבדיקות הגנומיות יהיה עד לסך של 51,406 ₪ לכלל הבדיקות הגנומיות לסוג גידול סרטני.

3.2.3.4 השתתפות עצמית בגין השירותים המנויים בסעיף 3.2 הינה בגובה 15%.

3.3 כיסוי לתרופות מיוחדות:

3.3.1 מקרה הביטוח: מצבו הרפואי של המבוטח במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה כמפורט להלן אשר מחייב שימוש בתרופה שאושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח ובנוסף, אינה

כלולה בסל הבריאות ובכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 1.1.1 לעיל.

יובהר כי במסגרת סעיף זה לא יכוסו תרופות העונות על אחד או יותר מהמקרים הבאים:

3.3.1.1 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי השימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושר בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

3.3.1.2 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 במחלה של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

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

השירותים:

3.3.2

בקורות מקרה הביטוח ישלם המבטח למבוטח תגמולי ביטוח בגין תרופה העומדת באחד או יותר מהתנאים הבאים:

3.3.2.1 המבוטח קיבל אישור ליבוא אישי של התרופה מכח סעיף 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986 (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי).

3.3.2.2 רופא מומחה בכיר בתחום הרפואי הרלוונטי, קבע כי התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים, התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה ובנוסף מניעת הטיפול בתרופה מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.

3.3.2.3 לאחר אפיון מולקולארי כמפורט בסעיף 3.2.3 להתאמת הטיפול בתרופה, נמצאה התרופה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

3.3.2.4 עבור טיפול תרופתי כמפורט בסעיף 3.3:

3.3.2.4.1 החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות מיוחדות אלו עד לסך כולל של ₪ 600,000

לכל תקופת הביטוח.

3.3.2.4.2 השתתפות עצמית בגין סעיף 3.3 הינה בגובה 771 ₪ או 25% מעלות מרשם חודשי בגין תרופה, לפי הגבוה מבניהם, עד לתקרת השתתפות

עצמית חודשית של 2,570 ₪ למקרה ביטוח.
יובהר כי במידה והמבוטח נדרש לטיפול חודשי משולב על ידי מספר תרופות על פי מקרה הביטוח בתכנית זו, גובה ההשתתפות החודשית תהיה עד 2,570 ₪ לחודש.

בגין תרופות למחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף 3.3.2.4.3
2.41 לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית וזאת על אף האמור בסעיף 2.3.2.4.2 לעיל, לרבות בגין תרופות הקשורות לטיפול בתופעות הקשורות למחלת הסרטן.

4. תנאים כלליים:

4.1 החלת חוק מידע גנטי התשס"א – 2000 – תכנית זו כפופה להוראות חוק מידע גנטי.

4.2 הסכמה לביצוע בדיקה גנטית, לרבות לקיחת דגימת DNA: מובהר כי אין בתכנית זו בכדי להוות בקשה מהמבוטח מצד החברה, בכל צורה ו/או אופן, לעבור בדיקה גנטית, עניין האסור בהתאם להוראות סעיף 30(א) לחוק מידע גנטי. הכיסוי על פי תכנית זו, לרבות ביצוע הבדיקות הגנטיות, הנו עניין הנתון לבחירתו ורצונו של המבוטח בלבד. בפניית המבוטח לקבלת שירותים ו/או שיפוי מכח תכנית זו, לבדיקה גנטית ונוכח המפורט בתכנית ביטוח זו אודות הבדיקות הגנטיות, יש בכדי להוות הסכמה מדעת לביצוע בדיקות גנטיות כאמור.

4.3 הסכמה למסירת / שמירת מידע גנטי:
תוצאות הבדיקה הגנטית ימסרו, בהתאם להוראות המבוטח, למבוטח או למי שהורה המבוטח. לעניין זה, המבוטח מסכים כי המידע הגנטי הנוגע אליו יועבר ו/או ישמר, לפי העניין, אל מי שהמבוטח פנה אליו בבקשה לביצוע הבדיקות הגנטיות, לקבלת ייעוץ גנטי או הסבר אודות תוצאות הבדיקות הגנטיות שלו, לרופא המטפל/המוסד הרפואי המטפל במבוטח, או בכל מקום בו קיימת חובה על פי הדין למסירת המידע הגנטי כאמור.

עוד מובהר כי אין בעצם מתן השירותים על פי תכנית זו, לרבות תפעול תכנית הביטוח, קבלת אסמכתאות אודות תשלום בגין ביצוע בדיקות גנטיות ו/או ייעוץ גנטי ו/או שירות אחר על פי תכנית זו, בכדי להוות שאלת מבטח ממבוטח/מועמד לביטוח אם עבר בדיקות גנטיות ו/או בקשה לקבל ממבוטח תוצאות של בדיקות גנטיות, האסורים בהתאם להוראות סעיף 30 (ב) לחוק מידע גנטי.
החברה לא תעשה שימוש במידע גנטי מזהה שהתקבל במסגרת תכנית זו כדי לסרב, לדחות או להתנות את הכיסוי הביטוחי של אדם, להגדיל או להקטין את שיעור דמי הביטוח, או להשפיע על תנאי הביטוח בדרך כלשהי, והכל בהתאם להוראות סעיף 30 לחוק מידע גנטי.

תוצאות בדיקה גנטית שנערכה לקטין, לחסוי או לפסול דין ימסרו לאחראי על הקטין, החסוי או פסול הדין בלבד בהתאם להוראות סעיף 28 לחוק מידע גנטי והתקנות על פיו או לגורם המורשה לקבלת המידע בהתאם לכל דין.

5. אופן קבלת השירותים:

5.1 בקרות אחד ממקרי הביטוח הנקובים בתכנית זו לעיל, יפנה המבוטח לרופא מומחה בתחום הרלוונטי ויקבל ממנו הפנייה, על פי חו"ד של הרופא המומחה, לקבלת השירותים הנקובים לעיל. למען הסר ספק יודגש כי, לא יכוסו הוצאות שנעשו ללא הפניה כנ"ל.

- 5.2 המבוסס יפנה למבטח או לספק השירות לתיאום ההתייעצויות והבדיקות הגנטיות.
- 5.3 המבוסס יקבל מנותן השרות את תוצאות הבדיקות הגנטיות שערך ו/ או את ההמלצות בעקבות תוצאות הבדיקות הגנטיות.
- 5.4 במקרה בו עבר המבוסס בדיקות גנטיות על פי אחד השירותים מכוח תכנית זו, ישלחו תוצאות הבדיקות הגנטיות ממבצע הבדיקות הגנטיות ישירות למבוסס או לגורם שהפנה את המבוסס לבדיקות.
- 5.5 למען הסר ספק – החברה אינה מקבלת לידיה את תוצאות הבדיקות הגנטיות. במקרה והגיעו תוצאות הבדיקות הגנטיות אלו לחברה, תעבירן מיד לגורם המפנה או למבוסס ולא תשאיר בידיה העתק כלשהו מתוצאות בדיקות אלו.
- 5.6 במידה והמבוסס פנה לנותן השירות המבוסס יקבל התחייבות / הפנייה לנותן השירות שבהסכם לצורך קבלת השירות.
- המבוסס ישלם לנותן השרות שבהסכם את ההשתתפות העצמית בגין השירותים על פי תכנית זו, לרבות הייעוץ ו/או בגין ביצוע הבדיקות הגנטיות. שירותים אשר הינם מעבר לתקרות הכיסוי על פי תכנית זו ו/או אשר אינם מכלול השירותים על פי תכנית זו, הינם בכפוף לתשלום מלא של המבוסס לנותן השירות שבהסכם על פי המחירון של אותו נותן שירות כאמור
6. הגבלת אחריות החברה ו/או מי מטעמה לשירותים:
- 6.1 יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המבוסס לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה.
- 6.2 במקרה שפעילות נותן השירותים שבהסכם או חלק משמעותי ממנה תפגע על-ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירותים שבהסכם, פטורה החברה מלתת את השירותים על פי תכנית זו והחברה ו/או נותן השירותים לא יהיו אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.
- 6.3 המידע והנתונים אודות מהות הכיסויים הינם מידע כללי בלבד ועל בסיס מידע פומבי הנכון למועד הוצאת תכנית זו לראשונה על ידי החברה ו/או מועד עדכון תכנית זו ואין החברה אחראית ביחס לעדכניותו.
- 6.4 כי באמור בסקירת מידע גנטי אישית או כל חומר אחר שיועבר מאת נותן השירות שבהסכם למבוסס, כדי להעיד על כיסוי לטיפולים או ניסויים קליניים המתוארים בסקירת הספרות ו/או המידע במסגרת פוליסת ביטוח הבריאות של המבוסס. מודגש כי על פי תנאי הפוליסה, טיפולים ניסיוניים אינם מכוסים, אלא אם נקבע במפורש אחרת.
- 6.5 המידע שיועבר על ידי נותן השירות הינו מידע אינפורמטיבי בלבד, ואין נותן השירות מתחייב כי זהו המידע המלא והמקיף ביותר הקיים, וכי אין מידע נוסף אחר או סותר. כמו כן, אין לנותן השירות כל אחריות על המחקרים שיתוארו בסקירת המידע הגנטי האישי, הגורם המבצע את המחקרים, איכותם, קבילותם, התאמתם לפרוטוקולי טיפול קיימים ומקובלים וכיו"ב. מובהר כי את המידע שיתקבל בסקירת הספרות מומלץ להציג לרופא המטפל, בשל אופיו של המידע וטיבו, ורק לרופא מוסמך יש את היכולת המלאה להעריך נכונה ולנתח את המידע לטובת צרכי המבוסס.
7. הוצאות מוכרות:
- לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוסס ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
8. הגבלות נוספות לאחריות החברה:

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

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

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

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

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

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

8.2.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים ו/או לדיאטה ו/או משקל ו/או גמילה מעישון.

8.2.3 תרופות למחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים

8.2.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.

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

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

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

8.2.8 אביזר מצופה תרופה

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

8.2.10 בדיקות גנטיות ו/או תרופות לטיפול בקשר עם הפרעות קשב וריכוז

8.2.11 בדיקות גנטיות ו/או תרופות לטיפול בקשר עם ליקויי למידה

8.2.12 וויטמינים ותכשירי מזון רפואי שאינם תואמים לכיסוי על פי סעיף 2.65 לעיל.

9. תקופת האכשרה:

תקופת האכשרה בפרק זה תהיה בת 90 יום

(תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים כמוגדר בסעיף 4.1).

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

פרק ג' - ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"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 החוזרת 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 אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- 1.9 **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח, בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 6 להלן.

- 3. הכיסוי הביטוחי:**
 בקורות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1 3 התייעצויות** בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכונה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**
- 3.2 שכר מנתח;**
- 3.3 כיסוי הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:
- 3.3.1 שכר רופא מרדים.
 - 3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.
 - 3.3.3 ציוד מתכלה.
 - 3.3.4 שתלים.
 - 3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.
 - 3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.
 - 3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).
- 3.4 טיפול מחליף ניתוח;** כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי ידקק המבוטח לטיפול נוסף.
- 4. תקופת האכשרה:**
- 4.1** תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.
- 4.2** על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.
- 5. הגבלות לאחריות המבטח:**
- בנוסף לסייגים וההחרגות הכלליים בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:
- 5.1** מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה;
 - 5.2** ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
 - 5.3** לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, 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, کلیה, 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 הסיניקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לענין זה, "ועדת הסיניקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.7 מקרה הביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולות איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי 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 לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

6. מסלולים אפשריים לביצוע ניתוח וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל על פי פרק זה:

- 6.1 ביצוע ניתוח במימון חברת הביטוח בניכוי השתתפות עצמית:
פנה המבוטח לביצוע הניתוח או טיפול מחליף הניתוח באמצעות המבטח. ישלם המבטח את עלות הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח בניכוי השתתפות עצמית בגובה 2,500 ₪.

- 6.2 ביצוע ניתוח במימון השב"ן:
פנה המבוטח לביצוע הניתוח באמצעות השב"ן. ישלם המבטח את החזר ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח במסגרת ביצוע ניתוח באמצעות השב"ן. וזאת עד לגובה הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח- לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ההסכם הנהוג לגבי מספר נותני השירות בחברה.

יובהר כי אם פנה המבוטח לביצוע הניתוח באמצעות השב"ן, והשב"ן לא יממן את הניתוח מכל סיבה שהיא (לרבות במקרים הבאים: מנתח לא כלל ברשימת נותני שירותים שבהסכם עם השב"ן, ניתוח לא כלול ברשימת הניתוח המכוסים במסגרת השב"ן, השב"ן לא מכסה את הניתוח למבוטח מכל סיבה שהיא וכו'), המבוטח יפנה למבטח ובמידה שהמבוטח זכאי למקרה הביטוח, יממן המבטח את הניתוח או טיפול מחליף הניתוח בניכוי השתתפות עצמית בגובה 2,500 ₪.

- 6.3 אי חברות בשב"ן
מבוטח שבמועד תחילת הביטוח אין ברשותו שב"ן או מבוטח שביטל את חברותו בשב"ן במהלך תקופת הביטוח יוכל לפנות למימוש זכאותו על פי האמור בסעיף 6.1 לעיל. דמי הביטוח שישולמו על ידי המבוטח יהיו דמי הביטוח הנקובים לפרק זה.

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

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

הגדרות (סעיף 1 לתוכנית):

- 7.1 סכום שיפוי מרבי - גובה תגמולי הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות מקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שבהסכם או נותן שירות אחר, בניכוי השתתפות עצמית אם פנה המבוטח לביצוע הניתוח באמצעות חברת הביטוח. 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 ההסכם הנהוג לגבי מספר נותני השירות בחברה.

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

7.3 תביעות

מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:

7.3.1 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.

7.3.2 ביחס למחליפי ניתוח ו/או ההתייעצויות – 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 מקרה הביטוח. לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח.

המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות שבהסכם או לנותן שירות אחר, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. **על אף האמור בסעיף 13.2 לתנאים הכלליים, מובהר כי המבטח לא ייתן 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 ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יהא רק עד לסכום השיפוי המרבי.

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

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

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

7.3.6 הכיסויים על פי סעיף זה הינם בכפוף לתנאים ולמסלולים המפורטים בסעיף 6.1 ו-6.2 לעיל.

תוספת לפרק ג' – ביטול השתתפות עצמית בפרק הניתוחים

1. תמורת תשלום דמי ביטוח נוספים כמפורט בדף פרטי הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי על פי פרק ג' לעיל ללא צורך בתשלום השתתפות עצמית בסך 2,500 ₪ בגין ניתוח פרטי בישראל.
2. הכיסוי אינו מתווסף באופן אוטומטי לכלל המבוטחים, ההצטרפות לכיסוי "ביטול השתתפות עצמית" מותנת במילוי בקשה להוספת הכיסוי כולל הצהרת בריאות, הליך חיתום ואישור קבלת המבטח עבור כיסוי זה.
3. לכיסוי קיימת תקופת אכשרה של 120 ימים מיום הוספת הכיסוי באישור המבטח.
4. יובהר כי, לאחר רכישת התוספת לא יהיה ניתן לבטל את התוספת בלבד, אלא משמעות ביטול התוספת הינה ביטול הפוליסה במלואה.

פרק ד' - ניתוחים בחו"ל ומחליפי ניתוח בחו"ל

1.

הגדרות:

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

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

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

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

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

1.5 "מחליף ניתוח" / "טיפול חלופי" – טיפול מחליף ניתוח אשר בוצע בחו"ל. טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח אשר רופא מומחה בתחום קבע כי על המבוטח לעבור ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא תוצאות דומות לתוצאות הניתוח המוחלף.

1.6 "נותן הטיפול החלופי" – רופא מומחה בעל רישיון תקף לעסוק במדינה בה מתבצע הטיפול החלופי, בעל ההסמכה הנדרשת לביצוע הטיפול החלופי ע"פ דיני המדינה בה מתבצע הטיפול החלופי.

1.7 "נותן שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי" – נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה שבהסכם עם המבטח אשר הסכימו לקבל ישירות מהמבטח שכר שהוסכם עימם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסו ע"פ נספח זה.

2.

תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות בקרות מקרה הביטוח, בגבולות ובתנאים המפורטים להלן: הניתוח ו/או מחליף ניתוח והשירותים הרפואיים שמכוח פרק זה בפוליסה להלן יבוצעו במסגרת נותני שירותים שבהסכם עם החברה. היה והניתוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה- תקרת השיפוי המרבית תהיה 150% (או 300% במקרה של ניתוח לסילוק גידול ממאיר או שפיר) מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל.

היה ומחליף הניתוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה – סכום השיפוי המרבי בגין טיפול או סדרת טיפולים חלופיים בחו"ל בגין מקרה ביטוח לא יעלה על 150%

מעלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי, כפי שמשולם ע"י המבטח לנותני השירות שבהסכם בגין הניתוח בישראל.

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

הכיסויים עבור ניתוח המבוצע בחו"ל-

2.1 שכר מנתח/ מרדים:

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

2.2 כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל:

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

2.3 כיסוי להוצאות טיסה ושהייה:

במידה והמבוטח נזקק להטסה רפואית על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 7 ימים ברציפות או במקרה של ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוח מעקפים), או בניתוח מוח, ישופה המבוטח גם בהוצאות שלהלן:

הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. **הוצאות שהייה** למבוטח ומלווה אחד עד לסכום מרבי בסך של 617 ₪ ליום למבוטח ו- 617 ₪ למלווה ולתקופה מרבית של 30 יום.

אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירות רגילה בטיסה סדירה באותו מועד ל- 2 מלווים כיסוי מלא. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לקטין ול- 2 מלווים לא יעלה על 1,234 ₪ ליום ולתקופה מרבית של 60 יום.

2.4 הטסה רפואית:

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית. הצורך בהטסה רפואית בכפוף לבדיקת רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי של המבוטח.

2.5 כיסוי להוצאות הטסת גופה:

החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 3 ימים מיום שחרורו מבית"ח בחו"ל שם בוצע הניתוח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה ללא תקרה.

2.6 פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול:

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 8 ימים רצופים, יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 10,281 ₪ לכיסוי הוצאות שונות, וזאת בעת שובו של המבוטח לישראל.

יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 8 ימים.

2.7 שיפוי לאחר אשפוז ממושך:

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 8 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט להלן עד תקרה של 7,197 ₪ לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח:

טיפולים פיזיותרפיים – עד 12 מפגשים, עד 154 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

ריפוי בעיסוק – עד 12 מפגשים, עד 154 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

ייעוץ דיאטטי – עד 12 מפגשים, עד 154 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

שיקום כושר הדיבור – עד 12 מפגשים, עד 154 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 8 ימים.

3. הכיסוי הביטוחי לטיפול מחליף ניתוח:

אם יבחר המבוטח בקרות מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, ישפה המבוטח את המבטח ו/או ישלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח, וזאת עד לסכום השיפוי המרבי. ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגין זכאי המבוטח לשיפוי מהמבטח כדלקמן:

3.1 שכר נותן הטיפול החלופי

3.2 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים

3.3 הוצאות אשפוז בבית חולים

4. תביעות:

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

5. סייגים מיוחדים לפרק זה:

5.1 החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השירות לטיפול חלופי היא של המבוטח בלבד ואין למבטח כל אחריות בגינה.

לא יהיה המבטח אחראי בשום צורה שהיא לכל דק ו/או הוצאה שייגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירות לטיפול חלופי, בין אם הם נותני שרות שבהסכם או נותני שירות שאינם בהסכם.

5.2 לא יינתן במסגרת פרק זה החזר בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא נתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן טיפול חלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.

6. תקופת אכשרה: במקרים הקשורים להריון לידה ופוריות תקופת האכשרה תהיה בת 6 חודשים. (תקופת האכשרה לא תחול על מבטחים קיימים כמוגדר בסעיף 4.1).

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

פרק ה' - שירותים אמבולטוריים

1.

הגדרות לפרק זה:

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

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

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

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

1.4 "התייעצות" – ביקור אצל רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוטח ודרכי טיפול אפשריות. למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים המטפלים במבוטח באופן קבוע לא תכוסה במסגרת סעיף זה.

1.5 "בדיקות רפואיות אבחנתיות" – בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו.

2.

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

2.1

התייעצות עם רופא מומחה:

השתתפות המבטח בהתייעצות עם רופאים מומחים. יינתן החזר של עד 1,000 ₪ להתייעצות.

כל מבוטח יהיה זכאי ל- 4 התייעצויות בשנת ביטוח. הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה רופא ילדים ומעקב הריון. למרות האמור לעיל תכוסה התייעצות עם רופא ילדים מומחה שאינו המטפל בדרך שגרה בילד אחת לכל מבוטח לשנת ביטוח. המבוטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.

2.2

בדיקות רפואיות אבחנתיות:

השתתפות המבטח בסכום של עד 8,225 ₪ למבוטח לשנת ביטוח בגין: בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.) בדיקת טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת, הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו. ל- M.R.I. בלבד תקרה נוספת של 3,084 ₪ למבוטח לשנת ביטוח. המבוטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.

בדיקות הריון:

- 2.3.1 סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, קנוון .
- 2.3.2 בדיקת שקיפות עורפית, חלבון עוברי
- 2.3.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר או מאוחרת (לפי בחירת המבוטחת)
- 2.3.4 בדיקת מי שפיר או סיסי שליה (לפי בחירת המבוטחת) או NIFTY (בדיקה חלופית למי השפיר - תכוסה רק בהמלצת רופא לבדיקת מי שפיר) (לרבות צ'יפ גנטי).
- 2.3.5 בדיקת אקו לב עובר
- 2.3.6 המבטח ישתתף בעלות של 80% מבדיקות ההריון, שתבצע המבוטחת, המפורטות בסעיף זה לעיל ועד התקרות שלהלן. סך ההחזר של המבטח בגין כל בדיקות ההריון יחד יהא עד 5,141 ש"ח. ולהריון רב עוברי עד 7,197 ש"ח. **לסעיף זה תקופת אכשרה בת 6 חודשים. לא יכוסה יותר מהריון אחד לשנת ביטוח.**
- 2.3.7 תכוסה התייעצות אחת עם רופא מומחה לצורך מעקב הריון עד 1,000 ש"ח בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי לא יכוסה יותר מהריון אחד לשנת ביטוח.

טיפול פיזיותרפיה:

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור טיפולים פיזיותרפיים, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפול שיקומי אחר שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל. השתתפות המבטח תהיה לא יותר מ- 164 ש"ח לכל לטיפול ולא יותר מ- 20 טיפולים בכל שנת ביטוח.

הטיפול יינתן בכפוף ל: **מכתב רפואי מאת רופא שבעייתו הרפואית של המבוטח הנה בתחום מומחיותו, שניתן בוטרום ביצוע הטיפולים, הממליץ על טיפול מוגדר לבעיה הרפואית של המבוטח, לקבלת תעודת המטפל/נותן השירות, מבית ספר/מוסד/מוסד אקדמי המכשיר מטפלים בתחום הטיפולי שהומלץ על ידי הרופא, הצגת תוכנית הטיפולים חתומה בידי המטפל הכוללת את אבחנתו המקצועית ואת תכנית הטיפול הנובעת ממנה על מנת להשיג את המטרה הטיפולית, ואת מועדי הטיפולים שהתקיימו בפועל.**

טיפול שיקומי/פיזיותרפיה לאחר ניתוח בנוסח שלהלן:

המבוטח יהיה זכאי לאחר ניתוח שבוצע במהלך תקופת הביטוח להשתתפות המבטח עבור טיפולים פיזיותרפיים ו/או טיפול שיקומי שבוצעו ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל ועד 2,000 ש"ח למקרה ביטוח.

ימי החלמה:

בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או ניתוח בעמוד שדרה או החלפת מפרק או מניתוח להסרת גידול ממאיר שבעקבותיו היה המבוטח מאושפז למעלה מ- 7 ימים, תשפה המבטחת את המבוטח בסכום של 500 ש"ח לכל יום החלמה ועד 14 ימים, בבית החלמה מוכר. בתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"פ שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי, והשהייה נעשתה עד 90 יום מתום האירוע כאמור לעיל.

טיפולים פסיכולוגיים:

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאות טיפול פסיכולוגי אשר ניתן למבוטח בתוך תקופת הביטוח ועל ידי מטפל כהגדרתו להלן:

מטפל –

- הגדרה בפרק זה - מטפל הינו אחד מאלה :
- א. פסיכולוג קליני או התפתחותי או חינוכי או שיקומי בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות והרשום בפנקס הפסיכולוגים.
- ב. עובד סוציאלי קליני בעל הסמכה בתוקף והרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו-1996.

תגמולי הביטוח - הזכאות לטיפול פסיכולוגי היא כל מצב רפואי של המבוטח המצריך שיחה טיפולית אצל מטפל כהגדרתו לעיל.

בגין הטיפולים אשר ניתנו למבוטח בפועל, המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציא המבוטח בגין הטיפול הפסיכולוגי אך לא יותר מאשר 185 ₪ לכל טיפול עד 20 טיפולים בשנת ביטוח למעט האמור להלן:

טיפולים פסיכולוגיים אשר אושרו למבוטח כאמור בסעיף 3.3 להלן ונדרש עקב אותו מקרה ביטוח לקבל טיפולים פסיכולוגיים נוספים, זכאותו תוגבל עד 10 טיפולים נוספים בגין אותו מקרה ביטוח ובגין אותה שנת ביטוח בלבד.

תגמולי הביטוח ישולמו בכפוף להמצאת קבלה ששולמה בפועל, אישור בכתב חתום על ידי המטפל בגין סיבת הפנייה וצילום רישיון המטפל.

החלמה לאחר ניתוח קיסרי:

2.8

מבוטחת שתלד בניתוח קיסרי, תהיה זכאית, ל-4 ימי החלמה, בבית החלמה ו/או בית הבראה, מוכר(מלונית לאחר לידה), עד לסך של 450 ₪ ליום. השיפוי ישולם למבוטחת אך ורק לאחר הגשת חשבונית, עבור השהייה הנ"ל. לסעיף זה תקופת אכשרה בת 6 חודשים. מובהר כי כיסוי זה יינתן למבוטחת בפוליסה בלבד ואשר לא ילדה בעבר בקיסרי.

טיפול רפואי בקנבים:

2.9

קנבים רפואי, קנבים הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו על ידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנבים רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנבים רפואי. שיפוי בגין עלות טיפול בקנבים רפואי-המבטח ישלם למבוטח בגין עלות רכישה חודשית בפועל של קנבים רפואי כהגדרתו לעיל וזאת במקום בו הצורך לשימוש בקנבים רפואי, שהומלץ על ידי רופא מוחה לטיפול במחלה של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, סכום השיפוי המרבי למבוטח היה עד 500 ₪ לתקופה של חודש ועד 5,000 ₪ לכל תקופת הביטוח וזאת בכפוף להשתתפות עצמית של 100 ₪ בחודש.

אביזרים רפואיים:

2.10

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. ההחזר כפוף להשתתפות עצמית של 25% ולא יותר מהנקוב 10,000 ₪ לתקופת ביטוח. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונוס, שתל קוכולארי, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

2.11

שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- AMBLYOPIA: בנוסח להלן: המבוטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראייה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה בעקבות אירוע מוחי או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראייה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראייה וזאת 2,000 ₪ לשנת ביטוח ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח למבוטח. המבוטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.

2.12

בדיקות גנטיות לגילוי גנים סרטניים: מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים למחלות: סרטן השד, סרטן המעי הגס, סרטן השחלות. וזאת במידה ואחד מבני משפחתו מקרבה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) חלה במחלת הסרטן לאחר תום תקופת האכשרה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי לאבחון יהיה בשיעור 75% מסך ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל בגין האבחון ועד 3,000 ₪.

2.13

טיפול פריון:

מבוטח/ת, בגין ילדו/ה השלישי, יהיה/תהיה זכאי/ת להשתתפות בהוצאות טיפולי פריון עד 80% מההוצאות בפועל כנגד קבלות ועד תקרה של 20,562 ₪ לסדרת טיפולים אשר יבוצעו בגופו של המבוטח/בגופה של המבוטחת בהמלצת רופא פריון. יכוסו עד שלוש סדרות טיפולים למבוטחת בכל תקופת הביטוח. הכיסוי יינתן רק למבוטח/ת בפוליסה. למען הסר ספק, הכיסוי לא יינתן לבן/בת זוג אשר אינו מבוטח תחת פוליסה זו. לסעיף זה תקופת אכשרה בת 6 חודשים.

"הוצאות טיפולי פריון" לעניין ס"ק זה הינן בגין טיפול הפריה חוץ גופית (I.V.F) כולל טיפולי מיקרומניפולציה אשר בוצעו על פי הפניה של רופא מומחה במחלקה לטיפול בלקוי פריון וכן תהליך השבחת זרע. למען הסר ספק מובהר כי טיפולי ההפריה לא כוללים טיפולים אלטרנטיביים.

2.14

רפואה משלימה:

המבוטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו בגין עד 20 טיפולים לשנה מתחום הרפואה המשלימה המפורטים בסעיף זה מטה ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי בסך של 123 ₪ לטיפול ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 25% מעלות הטיפול לטיפול. הטיפולים המכוסים על פי סעיף זה הינם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו-פידבק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, טווינה ורפואה סינית.

2.14.1 קבלת השתתפות המבוטח בשירותי הרפואה המשלימה כפופה ל:

2.14.1.1 מכתב רפואי מאת רופא שבעיית הרפואית של המבוטח הינה בתחום מומחיותו, שניתן בוטרם ביצוע הטיפולים, הממליץ על טיפול מוגדר לבעיה הרפואית של המבוטח.

2.14.1.2 לקבלת תעודת המטפל/נותן השירות בעברית, מבית ספר/מוסד/מוסד אקדמי המכשיר מטפלים בתחום הטיפולי שהומלץ על ידי הרופא.

2.14.1.3 הצגת תכנית הטיפולים חתומה בידי המטפל הכוללת את אבחנתו המקצועית ואת תכנית הטיפול הנובעת ממנה על מנת להשיג את המטרה הטיפולית, ואת מועדי הטיפולים שהתקיימו בפועל.

2.14.2 חריגים:

המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים

הבאים:

2.14.2.1 עיסוי רפואי

2.14.2.2 היפנוזה ו/או היפנוטרפיה.

2.14.2.3 טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזייה שאינה צורך רפואי ברור ועל פי המלצה רפואית מרופא מומחה בתחום הרלבנטי.

2.14.2.4 טיפולים ו/או ייעוץ קשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו').

2.14.2.5 טיפולים ו/או ייעוץ שאינם כלולים בסעיף 2.5

2.14.2.6 הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3. חריגים:

בנוסף לחריגים הכלליים של הסכם זה יחולו על פרק זה החריגים שלהלן:

3.1 שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתיתם כטיפולים עתידיים.

3.2 בדיקות תקופתיות, בדיקות שגרה, טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית, מעקב הריוני.

3.3 שירותים שלא בוצעו במהלך תקופת הביטוח.

3.4 שירותים שבוצעו בחו"ל.

4. תקופת אכשרה – בת 30 יום למעט לגבי סעיפים 3.1-3.2 (בדיקות הריון וטיפול פריון), אשר לגביהם תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים (תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים כמוגדר בסעיף 4.1).

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

דף הרשימה

תקופת הביטוח: 60 חודשים

מועד תחילת הביטוח: 01.02.2022

הממד היסודי: הממד שפורסם ב15.01.2022 12687 נק'

פירוט דמי הביטוח:

לרוכשים מסלול של השתלול ותרופות בלבד

קבוצת גיל	דמי ביטוח בש"ח לחבר הארגון השתלול ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל+ תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	דמי ביטוח בש"ח לבני משפחה השתלול ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל+ תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
0-55	20.60 ₪	26.70 ₪
+56	42.15 ₪	48.30 ₪

לרוכשים מסלול מלא:

קבוצת גיל	דמי ביטוח בש"ח לחבר הארגון ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן	דמי ביטוח בש"ח לבני משפחה ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או שילוב שירותי השב"ן
0-25	33.25 ₪	36.00 ₪
26-40	81.15 ₪	102.50 ₪
41-50	128.15 ₪	145.70 ₪
51-60	183.70 ₪	208.80 ₪
61-65	278.00 ₪	316.10 ₪
66-70	312.20 ₪	354.90 ₪
+71	370.70 ₪	429.30 ₪

- הממד שפורסם ביום 15.01.2022 12687 נק'.
- הגבייה הינה באמצעות אמצעי גבייה אישי (כרטיס אשראי ו/או הוראת קבע).

דמי ביטוח לרכישת תוספת לפרק ג'-ביטול השתתפות עצמית בפרק ניתוחים:

קבוצת גיל	תוספת לדמי הביטוח המפורטים לעיל לרכישת תוספת לפרק ג'- ביטול השתתפות עצמית בפרק הניתוחים
0-25	5.10 ₪
26-40	10.20 ₪
41-50	10.20 ₪
51-60	15.40 ₪
61-65	15.40 ₪
66-70	25.70 ₪
+71	25.70 ₪

שמיים סוכנות לביטוח

אלכסנדר ינאי 1, פתח תקווה
מיקוד 4927701
טלפון: *9526, 077-6704994
פקס: 077-6704962

במקרה של תביעה, בירורים ושאלות,
ניתן לפנות למוקד fnx4ט

*3455
03-7332222