

הסכם לביטוח בריאות קבוצתי (קולקטיבי) לעובדי קורל תל בע"מ

שנערך ונחתם ב _____, ביום _____, בחודש _____, לשנת _____

בין: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
אלנבי 115, תל אביב
(להלן: "המבטחת")

לבין: קורל תל בע"מ
מר' _____
(להלן: "בעל הפוליסה")

הואיל: והמבטחת הינה חברת ביטוח מורשית כדין;

והואיל: והסכימו הצדדים לקבל על עצמם ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

תנאים כלליים להסכם ביטוח הבריאות הקבוצתי

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתחייבת בזה, על יסוד ההצעה לביטוח, ההודעות וההצהרות האחרות שנמסרו לה בכתב על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד מהפוליסה, לפצות ו/או לשפות את המבוטח בגין מקרי הביטוח כמוגדר וכמפורט בפוליסה זו, עד לגבולות האחריות הנקובים בפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח ו/או בנספח תגמולי הביטוח, לפי העניין בגין מקרי הביטוח כמוגדר וכמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה שיארעו תוך תקופת הביטוח הנקובה בדף פרטי הביטוח, וזאת לאחר שתוגש למנורה מבטחים ביטוח בע"מ הוכחה לשביעות רצונה בגין קרות מקרה הביטוח המזכה בתגמולי הביטוח, והכל בהתאם ובכפוף לתנאים, לחריגים ולהתנאות, הכלולים בפוליסה זו או בנספחים המצורפים לה, או שיצורפו לה על-ידי תוספת ו/או נספח.

1. תקופת הפוליסה

הביטוח על פי הסכם זה יכנס לתוקפו בתאריך תחילת הביטוח ובכפוף לתנאים הבאים:

- 1.1 הועברה למבטחת בקובץ אקסל עפ"י דרישת המבטחת רשימת מבוטחים הכוללת פרטים אישיים (שמות, מספרי זהות, תאריך לידה, כתובת מלאה וכדומה).
- 1.2 בעל הפוליסה מסר למבטחת מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על-פי דין ולפי הסכם זה.
- 1.3 בעל הפוליסה מסר למבטחת, הצהרה והתחייבות המצ"ב כנספח א', כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 1.4 צורפו לרובד הבסיס כלל העובדים וילדיהם עד גיל 21 בהתאם לרשימה שהועברה למבטחת.
- 1.5 צורפו לפוליסה 50 מבוטחים לפחות.

2. תשלום דמי הביטוח

- 2.1 תשלום דמי הביטוח בגין רובד הבסיס יבוצע במרוכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה עבור העובדים. התשלום עבור העובדים אשר הצטרפו לרובד ההרחבה ובני משפחותיהם אשר הצטרפו לרובד הבסיס וההרחבה ישולם באמצעי גביה אישי.
- 2.2 דמי הביטוח ישולמו עבור כל חודש ביטוח, עד ל- 10 בחודש העוקב (לדוגמא דמי הביטוח בגין חודש אפריל 2014 ישולמו עד ה- 10.05.2014).
- 2.3 בתום כל חודש של תקופת הביטוח תבוצע התאמה כספית בגין תשלום דמי ביטוח נוספים שעל בעל הפוליסה לשלם למבטחת עבור מבוטחים נוספים המצטרפים במהלך אותו חודש, תוך התחשבות לגבי מבוטחים אשר הביטוח חדל לחול ביחס אליהם במהלך אותו חודש.
- 2.4 מוסכם בזאת כי לאחר איחור בתשלום הפרמיה של מעל ל- 15 (חמישה עשר) ימי עסקים מהמועד הנקוב בסעיף 2.2 לעיל, המבטחת תהיה רשאית להביא את הפוליסה לסיומה, בהודעה מוקדמת, מראש ובכתב לבעל הפוליסה או למבוטח לפי העניין. בחלוף 15 ימים מיום מתן ההודעה כאמור לעיל, רשאית המבטחת להודיע לבעל הפוליסה או למבוטח, לפי העניין, בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן. היה והסכום שבפיגור לא שולם תוך המועדים הנקובים לעיל ולאחר מתן ההתרעות, תהיה פוליסה זו והכיסוי הביטוחי מכוחה בטלים. ביצוע התשלום שבפיגור במהלך תקופת ההתרעה לא יפגע בכל הזכויות של המבטחת על פי כל דין.

2.5. לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלומם, בנוסף להפרשי הצמדה לעיל, ריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א- 1961 וזאת מיום היווצרות הפיגור ועד לפירעונם בפועל על-ידי בעל הפוליסה.

3. התחייבויות בעל הפוליסה:

- 3.1. בעל הפוליסה מתחייב כי ימסור למבטחת, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות המצ"ב כנספח א', כי לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 3.2. בעל הפוליסה ימסור למבטחת מידע לגבי קבוצת המבוטחים, כפי שיתבקש ממנו, בהיקף הדרוש למבטחת לשם קיום חובותיה על פי דין ולפי הפוליסה. בכלל זה, ומבלי לגרוע מכלליות האמור בסעיף זה, מתחייב בעל הפוליסה למסור למבטחת את כתובותיהם של המבוטחים, וכן להודיע למבטחת על כל שינוי בכתובת, במצב המשפחתי או בכל נתון אחר של המבוטחים ככל שידוע לו, אשר נמסר על ידיו למבטחת, לרבות המשך העסקתו של המבוטח על ידי בעל הפוליסה.
- 3.3. בלא לגרוע מן האמור לעיל, לא יאוחר מ- 25 בכל חודש, יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת המבוטחים העדכנית למועד הדיווח, בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, ואת גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, הכל עפ"י פורמט קובץ מבוטחים שיועבר מהמבטח לבעל הפוליסה.
- 3.4. קובץ הדיווח החודשי יכלול פרטים על מצטרפים חדשים לביטוח בחודש הקודם לדיווח ויגרע מהקובץ את שמות המבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם לדיווח עקב פרישה מהקולקטיב.
- 3.5. במקרה שפסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט- 2009, ימסור בעל הפוליסה למבטחת הודעה על כך בתוך 30 יום מיום שפסקה הזיקה.

4. קרן לפנים משורת הדין

המבטחת תעמיד ברשותה קרן בשיעור של 2% מדמי הביטוח המשולמים במסגרת הסכם זה למבטחת (להלן: "הקרן") לביצוע פרוצדורות רפואיות, שאינן מכוסות במסגרת פוליסה זאת, עבור המבוטחים ע"פ ההסכם. ההחלטה על השימוש בכספי הקרן תתקבל ע"י המבטחת ובעל הפוליסה במשותף. להסרת ספק, יובהר כי כספי הקרן ניתנים לצבירה עד לסיומה של כל תקופת הביטוח בלבד, כמוגדר בסעיף 8 לפוליסה. כספי הקרן, ישמשו לצורך תשלום תגמולי ביטוח לפנים משורת הדין בלבד.

5. תנאי הפוליסה המלאים לרבות הכיסויים בפוליסה הינם בהתאם למפורט בפוליסת הביטוח המצ"ב.

ולראיה באו הצדדים על החתום:

קורל תל בע"מ

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מפרט הפוליסה

תקופת הביטוח: 01.10.2018 ועד 30.08.2023 (5 שנים)

מועד תחילת הביטוח: המועד בו התקבל המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01.10.2018.

להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח:

פרמיה חודשית בש"ח עבור רובד הבסיס		
פרק ה' 2- ניתוחים משלים שב"ן	פרק ה' 1 ניתוחים שקל ראשון	
-	74	עובד/ת (במימון בעל הפוליסה לרבות גילום שווי מס)
64	74	בן/בת זוג, ילד בוגר מעל גיל 26
28	31	ילד (עד גיל 25 כולל)

פרמיה חודשית בש"ח עבור רובד ההרחבה	
53	עובד/ת, בן/בת זוג, ילד בוגר מעל גיל 26
24	ילד (עד גיל 25 כולל)

המדד היסודי: מדד אוגוסט המפורסם בתאריך 15/09/2018

ולראיה באו הצדדים על החתום:

קורל תל בע"מ

המבטחת

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי קורל תל ובני משפחותיהם

בסיס: השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, תרופות בהתאמה, ניתוחים בחו"ל, ניתוחים בארץ (שקל ראשון/שב"ן)
הרחבה: אמבולטורי

תנאים כללים

פרק א' - מבוא, תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה

1. **הגדרות**

בפוליסה תהיה לכל אחד מן המונחים המשמעות לצדו, כמפורט להלן:

 - 1.1 **אחות/אח -** אחות או אח בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות במדינה בה מבוצע הטיפול.
 - 1.2 **אשפוז -** שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז, למעט מחלקות שיקום
 - 1.3 **אתר האינטרנט של המבטחת -** אתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו: www.menoramivt.co.il.
 - 1.4 **בית חולים או בית חולים כללי -** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד ואשר אינו מוסד שיקומי ו/או מוסד לבריאות הנפש (כגון סנטריום) או בית החלמה או בית הבראה.
 - 1.5 **בית חולים מוסכם -** בית חולים או בית חולים פרטי, הקשורים בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
 - 1.6 **בית חולים פרטי -** בית חולים בישראל או בחו"ל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי ואם הוא בבעלות אחד מאלה - בתנאי שבמסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי או שירות רפואי נוסף שאושר על ידי הרשויות המוסמכות.
 - 1.7 **בן/בת זוג -** מי שנשוי/אה למבוטח/ת, או ידועה/ה בציבור של המבוטח/ת החי עימו/ה חיי משפחה במשק בית משותף אך אינו/ה נשוי/אה לו/ה.
 - 1.8 **בעל הפוליסה -** קורל-תל בע"מ
 - 1.9 **גיל המבוטח -** גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר ליום תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, והוא יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה. בתום כל שנה ממועד תחילת הביטוח ישתנה גיל המבוטח בשנה אחת. גיל המבוטח לצורך קביעת זכויותיו בתכנית, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.
 - 1.10 **דולר -** דולר של ארה"ב.
 - 1.11 **דמי הביטוח -** הפרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטחת, לפי העניין, בהתאם לתנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת שתקבע על ידי המבטחת, עקב מצב בריאות של המבוטח או עקב סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח.
 - 1.12 **דף פרטי הביטוח -** דף המצורף לפוליסה, המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, והכולל, בין היתר, את מספר הפוליסה, פרטי בעל הפוליסה, פרטי המבוטחים, מועד תחילת תקופת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבוטח, דמי הביטוח, שם סוכן הביטוח במידה וקיים, הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסויים לרבות חריגים בשל מצב רפואי במידה וקיימים, תוספות חיתומיות במידה וקיימות, וכיו"ב. **דף פרטי ביטוח זה מהווה את הסכמת המבטחת בכתב לבטח את המבוטחים שפרטיהם רשומים בו בכיסויים הביטוחיים הרשומים על שמם, והכל בסייגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.**
 - 1.13 **המבטחת -** מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
 - 1.14 **המפקח -** המפקח על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
 - 1.15 **הסדר תחיקתי -** חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981, תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009, וכן התקנות והצווים שהותקנו ו/או שיוקנו מכוח חוקים אלה והוראות וחוזרי המפקח, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והמבטחת בהקשר לפוליסה זו.

הסכם	1.16	הסכם
הסכם בין המבטחת ו/או חברה קשורה לבין ספק השירות הרפואי הקיים במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, למתן שירות רפואי לפיו, בין היתר, התמורה לה זכאי ספק השירות הרפואי תשלום ישירות על ידי המבטחת או החברה הקשורה.	1.17	הסכם עם ספק שירות ו/או נותן שירות-
טופס ההצעה/ טופס הצטרפות המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו, וכל זאת במידה ונדרש המבוטח למלא טופס הצעה בטרם כניסתו לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח במידה ונדרש לכך בתנאי הפוליסה וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח במידה ונדרש לכך.	1.18	הצעת הביטוח-
כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר לגוף המבוטח, לרבות תאי גזע שהופקו מדם טבורי, תאי גזע מדם היקפי או תאי גזע המופקים מעצמות המבוטח או כל תורם אחר. השתלה תכלול גם השתלה מן האיברים המוזכרים לעיל, של איבר מלאכותי או של איבר מן החי (בעל חיים שאינו אדם), בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיונות בישראל או באחת המדינות: ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה מוקדמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.	1.19	השתלה
"הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"	1.20	השתתפות עצמית-
חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה להלן. במקרה בו נקבעה השתתפות עצמית, חבות המבטחת לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות עצמית זו.	1.21	חברה קשורה-
חברה עמה קשורה המבטחת בהסכם למתן שירותים רפואיים למבוטחים ברחבי העולם, באמצעות בתי חולים, רופאים, ונותני שירותים רפואיים אחרים, החתומים על חוזים עם החברה.	1.22	חול"-ל-
כל מדינה או מקום מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.	1.23	חוק חוזה הביטוח-
חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, או כל חוק אחר שיחליפו.	1.24	חוק הבריאות-
חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או כל חוק אחר שיחליפו.	1.25	טיפול מיוחד בחול"-ל
אחד מאלה:		
ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחול"-ל, שמתקיימים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:		
1. הטיפול חיוני להצלת חיים ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחיי המבוטח.		
2. זמן המתנה ארוך מהסביר עלול לגרום להחמרה משמעותית, המסכנת את חיי המבוטח.		
3. ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחול"-ל המחויב מבחינה רפואית להצלת חיים או להצלת איבר או להצלת השמיעה או הראייה והוא אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל הנותן תוצאות דומות. לצורך הגדרה זו:		
"טיפול חלופי" - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של המבוטח הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל		
"תוצאות גופניות חמורות יותר" - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול ברפואי, לרבות תופעות לוואי הפוגעות באיכות או בשגרת חיי של המבוטח.		
משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בישראל ולא פחות מ- 24 שעות.	1.26	יום אשפוז-
התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח. צורף לפוליסה פרק/כיסוי נוסף לאחר מועד תחילת הביטוח, יהיה מועד תחילת הביטוח של הפרק/כיסוי	1.27	יום/מועד תחילת הביטוח-

שהוסף כאמור, התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח בגין אותו פרק/ כיסוי שהוסף לפוליסה עבור המבוטח על פיו.

ילד-	1.28	ילדו של המבוטח, לרבות ילדו החורג וילד מאומץ אשר גילו אינו עולה על 25 שנים
ישראל-	1.29	מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
המבוטח	1.30	עובד/ת אצל בעל הפוליסה ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח.
	1.30.2	בן/בת זוג של עובד/ת בעל הפוליסה וילדיהם, שניתנה הסכמת המבטחת מראש לצירופם לביטוח. יובהר, כי הצטרפות בני זוג ו/או ילדים לביטוח מותנית בביטוח העובד בפוליסה.
מדד-	1.31	מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או כל מדד אחר המיוחד לשירותי הבריאות, שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס שבינו למדד המוחלף. המדד מותאם למדד הבסיסי של 100.0 נקודות מחודש ינואר 1959, כשהוא מחולק ל-1000.
מדד יסודי-	1.32	מדד חודש אוגוסט שמפורסם ביום 15.09.18
מדד קובע-	1.33	המדד האחרון הידוע ביום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח, בהתאם לתנאי הפוליסה.
מועד תחילת הביטוח-	1.34	המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01.10.18.
מנתח-	1.35	רופא בישראל או בחו"ל אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות לכך במדינה בה מבוצע השירות הרפואי המכוסה בפוליסה כרופא מנתח.
מנתח אחר-	1.36	מנתח אשר אינו קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח.
מנתח הסכם-	1.37	מנתח אשר קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח.
		יובהר כי למבטחת מנתחי הסכם בפריסה גאוגרפית רחבה, במידה של שינוי ברשימת מנתחי ההסכם במהלך תקופת הביטוח, המבטחת תשמור על פריסה גאוגרפית של מנתחי הסכם דומה ככל הניתן לזו שהייתה קיימת ערב השינוי.
מפרט הפוליסה-	1.38	נספח המצורף לפוליסה והכולל בין השאר: תאריך תחילת הביטוח, דמי הביטוח הקבועים בפוליסה, המדד היסודי וכיו"ב.
מצב רפואי קודם -	1.39	מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד תחילת הביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה "אובחנו במבוטח" משמעו, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב-6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
משפחה-	1.40	בן/בת הזוג של המבוטח ו/או ילדיו.
מקרה הביטוח-	1.41	מערך עובדתי ונסיבתי כמתואר בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח בכפוף לתנאים ולסייגים הקבועים בפוליסה.
נותן שירות שבהסכם-	1.42	מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטחת ו/או חברה קשורה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח
ניתוח-	1.43	פעולה פולשנית-חדיריתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות M.R.T., לאבחון או לטיפול, הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור או אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כלייה או מרה. "הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" יובהר כי הגדרה זו לא תחול על כיסוי "ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (בפרק ה'1/ה'2).
ניתוח אלקטיבי-	1.44	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 על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
נספח תגמולי הביטוח-	1.45	נספח המצורף לפוליסה ובו מפורטים סכומי השיפוי ו/או הפיצוי המירביים הרלוונטיים לכיסוי הביטוחי המפורט באותו פרק, לרבות סכומי ההשתתפויות העצמיות.

סייג בשל מצב רפואי קודם" -	1.46
הסכום המרבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ו/או בכל פרק לפוליסה לרבות במסגרת דף פרטי הביטוח, שתשלם המבטחת למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח כתגמולי ביטוח, בקורות למבוטח מקרה הביטוח, כשהוא צמוד למדד לפי תנאי פוליסה זו.	1.47
מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנים על ידי קופת החולים לחבריה במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לחבריה, למעט מחויבויות שבמסגרת השב"ן.	1.48
חוזר ביטוח זה שבין בעל הפוליסה למבטחת, כל נספח לחוזה זה, לרבות הצהרת הבריאות, דף פרטי הביטוח, הצהרות בעל הפוליסה וכל נספח או תוספת המצורפים לו.	1.49
אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות לתת טיפולי פיזיותרפיה במדינה בה ניתנים הטיפולים.	1.50
תאגיד כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, קופות החולים שהוכרו ככאלה על ידי שר הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.	1.51
מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.	1.52
רופא, שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח.	1.53
רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים כמרדים במדינה בה בוצע הניתוח.	1.54
אדם העוסק ברפואת שיניים על פי רשיון כחוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל.	1.55
תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל התשלומים והשירותים כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית, שהוקמה לשם כך.	1.56
תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה ביום תחילת הביטוח.	1.57
כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכונה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.	1.58
תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח ולגבי כל כיסוי בפרק, במועד תחילת הביטוח הרלוונטי לכיסוי הביטוחי ומסתיימת בתום 90 יום, למעט במקרים של ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה בהם תקופת האכשרה מסתיימת בתום 12 חודשים ובמקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריין ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר, בהם היא מסתיימת בתום 180 יום, אלא אם צויין במפורש אחרת בכל פרק לפוליסה. לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופת ביטוח רצופה ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופת ביטוח בלתי רצופה. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח. המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום על פי תנאי הביטוח בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה.	1.59
01.10.2018-30.09.2023	1.60
תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה המבוטח זכאי לקבלת תגמולי ביטוח, זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה.	1.61

2. פירוט הכיסויים והשירותים:

רובד בסיס

- (א) השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל – כמפורט בפרק א' להסכם זה.
(ב) תרופות מיוחדות- כמפורט בפרק ב' להסכם זה.

- (ג) תרופות בהתאמה אישית- כמפורט בפרק ג' להסכם זה.
(ד) ניתוחים בחו"ל- כמפורט בפרק ד' להסכם זה.
(ה) כיסוי לניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח – כמפורט בפרק ה' להסכם זה.
על בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין לבחור מראש את אחד המסלולים:
חלופה 1- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון (פרק ה' 1)
חלופה 2- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (פרק ה' 2)

רובד הרחבה

- (ו) שירותים אמבולטוריים- כמפורט בפרק ה' להסכם זה.
נספח תגמולי ביטוח- רשימת גבולות אחריות המבטחת
נספח א'-הצהרת בעל הפוליסה
נספח ב'- הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון דמי הביטוח

פרשנות

- 3.1 כל האמור בפוליסה זו בלשון יחיד אף בלשון רבים משמעו וכל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
3.2 כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורך פרשנות.

תוקף הפוליסה

- 4.1 הפוליסה ו/או כל נספח לפוליסה, לפי העניין, יכנסו לתוקפם החל מיום תחילת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח ובכפוף לכך שצורפו לפוליסה 50 מבטחים לפחות.

אופן ההצטרפות תנאי הקבלה לביטוח ומועד צירוף המבוטחים:

- 5.1 **הצטרפות לרובד הבסיסי עבור העובדים:**
ההצטרפות הינה אובליגטורית, קרי: כל עובדי בעל הפוליסה אצל בעל הפוליסה יצורפו לביטוח באופן אוטומטי, ללא טפסי הצטרפות וללא הצהרת בריאות וזאת בהתאם לרשימת העובדים שתועבר למבטחת מראש. **וזאת במימון מלא של בעל הפוליסה לרבות גילום שויי מס.**
- 5.2 **הצטרפות לרובד הבסיסי עבור בני משפחותיהם של עובדי בעל הפוליסה:**
ההצטרפות הינה וולנטרית, קרי: לפי רצון המועמד לביטוח (ובכפוף להסכמת המבטחת).
הכניסה לביטוח מותנית במילוי טופס בקשת הצטרפות, חתום על ידי המועמד לביטוח, ומילוי הצהרת בריאות והליך חיתום אשר יקבע את תנאי קבלתם לביטוח, וזאת לשביעות רצונה של המבטחת והסכמתה לקבל את המועמד לביטוח.
למרות האמור, בני משפחותיהם של בעל הפוליסה, יוכלו להצטרף לרובד הבסיסי בכפוף למילוי טופס הצטרפות בלבד וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וזאת במהלך 90 יום ממועד תחילת הביטוח ובכפוף לחריג מצב קודם.
יובהר, כי בכל מקרה, הצטרפות בני זוג ו/או הילדים מותנית בביטוח העובד.
- 5.3 **הצטרפות לרובד ההרחבה עבור עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם:**
ההצטרפות הינה וולונטרית, קרי: לפי רצון המועמד לביטוח (ובכפוף להסכמת המבטחת).
הכניסה לביטוח מותנית במילוי טופס בקשת הצטרפות, חתום על ידי המועמד לביטוח, ומילוי הצהרת בריאות והליך חיתום אשר יקבע את תנאי קבלתם לביטוח, וזאת לשביעות רצונה של המבטחת והסכמתה לקבל את המועמד לביטוח.
למרות האמור, עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, יוכלו להצטרף לרובד ההרחבה בכפוף למילוי טופס הצטרפות בלבד וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וזאת במהלך 90 יום ממועד תחילת הביטוח ובכפוף לחריג מצב קודם.
הצטרפות העובד לרובד ההרחבה הינה בכפוף לכך שהינו מבוטח ברובד הבסיסי.
הצטרפות בני משפחה של העובד לרובד ההרחבה הינה בכפוף לכך שהעובד מבוטח ברובד ההרחבה.
- 5.4 ילדים שיצורפו לביטוח על פי סעיף 5.2 ו/או 5.3, ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לבוגרים, ימשיכו בביטוח בתעריף בוגר.
- 5.5 **צירוף תינוק לאחר לידה:**
נולד למבוטח תינוק, יהיה זכאי לצרפו לפוליסה זו לאחר תום 15 יום מיום ששוחרר מבית החולים בו נולד. המבוטח יגיש למבטחת הצעה ויצרף אליה הצהרת בריאות בנוגע למצבו הרפואי של התינוק. התינוק יצורף לפוליסה זו רק לאחר קבלת אישור בכתב מאת המבטחת. תחילת תקופת הביטוח ודמי הביטוח הנוספים עבורו יצוינו בדף פרטי הביטוח.
- 5.6 **עובד בעל הפוליסה אשר היה זכאי במועד תחילת הביטוח להצטרף לביטוח אך נמנע מלעשות זאת ו/או עובד / בן משפחה שגרע עצמו מהביטוח לאחר קבלתו לביטוח, יוכל להצטרף לביטוח במועד מאוחר יותר, בכפוף למילוי הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת והסכמת המבטחת לקבל את המועמד לביטוח.**
- 5.7 **מועד צירוף מבוטחים לביטוח**
- 5.7.1 **בצירוף ללא הצהרת בריאות, יחולו התנאים הבאים:**

במידה ופרטי העובד/בן המשפחה יועברו על ידי בעל הפוליסה, עד ה- 15 בחודש (כולל) - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש בו הועברו פרטיהם.

במידה ופרטי העובד/בן המשפחה יועברו על ידי בעל הפוליסה למבטחת לאחר ה-15 בחודש - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש העוקב לחודש בו הועברו פרטיהם למבטחת.

להסרת ספק יובהר, כי תקופת הביטוח תימדד בחודשים.

בצירוף המחייב מילוי הצהרת בריאות, יחולו התנאים הבאים:

5.7.2

דחיית ההצעה לביטוח או פנייה למבוטח בהצעה נגדית לכיסוי ביטוחי או פניית המבטחת למבוטח בבקשה להשלמת נתונים ו/או בקשה למסמכים נוספים תבוצע לכל היותר תוך 30 ימים מיום קבלת הצעת הביטוח אצל המבטחת.

מועד ההצטרפות לביטוח על פי סעיף זה יחול לפי האמור להלן:

במידה והצעת הביטוח התקבלה אצל המבטחת עד ה- 15 בחודש (כולל) - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש בו החלה זכאותם.

במידה והצעת הביטוח התקבלה אצל המבטחת החל מה- 16 בחודש ואילך - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש העוקב לחודש בו החלה זכאותם.

להסרת ספק יובהר, כי תקופת הביטוח תימדד בחודשים.

6. צירוף מבטחים בהתאם לתקנות ביטוח בריאות

צירוף מבטחים לביטוח על פי המפורט בסעיף 5 ייעשה בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי המפורטות להלן:

6.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

6.1.1 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 1 ד(ג) לחוק עובדים זרים;

6.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא תצרפו המבטחת, לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, , ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (להלן: פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של עובד בעל הפוליסה, המבטחת רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן/בת-זוגו.

6.2 האמור לעיל, לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או אצל מבטח/ת אחר/ת אם התקיימו תנאים אלה:

6.2.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

6.2.3 לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, פרק כיסוי בסיסי - "פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: ניתוחים; תרופות; השתלות; מחלות קשות; שיניים; תאונות אישיות.

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

7. ביטול הביטוח בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:

7.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 6.2 והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

7.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח בהתאם למפורט לעיל, 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.

לעניין סעיף זה, "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.

7.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטחת תהיה רשאית שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

8. תקופת ההסכם ותקופת הביטוח

- 8.1 תקופת הביטוח תחל ביום 01.10.2018 או במועד צירופו של המבוטח לביטוח - לפי המאוחר מביניהם ותסתיים ביום 30.09.2023 בכפוף לאמור בסעיף 8.4.
- 8.2 הגיל המרבי להצטרפות לפוליסה הוא גיל 70 שנים.
- 8.3 הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יסתיים במועד סיום או ביטול הסכם זה, או במועד ניתוק יחסי עובד מעביד - לפי המוקדם מביניהם.
- 8.4 תקופת הביטוח תגיע לסיומה ב- 1 לחודש העוקב לחודש בו פנה בעל הפוליסה ו/או המבוטח, לפי העניין, אל המבטחת וביקש להפסיק עבור המבוטח את הביטוח שעל פי הסכם זה.
- 8.5 על אף האמור לעיל, פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

8.6 המשכיות בתום תקופת הביטוח:

במקרה עזיבת מקום העבודה, או בעת סיום תקופת הביטוח ואי חידושו אצל המבטחת או בחברה אחרת לכלל המבוטחים או לחלקם - המוקדם מביניהם, יהיו רשאים מי שהיו מבוטחים למשך תקופה של 12 חודשים לפחות, להמשיך בביטוח פרט עם כיסויים דומים, בהנחה של 15% למשך 4 שנים, וזאת בתנאים ובפרמיה שיהיו קיימים אצל המבטחת באותה עת, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים, אם יבקשו זאת תוך 60 יום ממועד העזיבה/ סיום תקופת הביטוח, לפי העניין.

יובהר כי, ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

תחילת תקופת הביטוח בביטוח הפרט תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

8.7 תקופת הביטוח תסתיים בתאריך ידוע מראש ולא תעלה על 5 שנים.

8.8 המבטחת לא תבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטחת רשאית להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, העלאה של דמי ביטוח - לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח; לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ולמעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה; במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

9. חובת הגילוי

9.1 פוליסת הביטוח מבוססת על תשובות המבוטח שניתנו לשאלות שהוצגו בטופסי הצעת הביטוח, ובשאלון הרפואי, במידה ונדרשו למילוי על פי תנאי הפוליסה, או בכל דרך אחרת בכתב או בטלפון, והמצורפות לפוליסה. וכן על העובדה כי לא הוסתר מהמבטחת עניין מהותי שהיה בו כדי להשפיע על תנאי קבלת המבוטח לביטוח.

9.2 הציגה המבטחת למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבוטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן - "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת ענינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

9.2.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית המבטחת בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטחת, יושבו למשלם, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

9.2.2 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בהתקיים כל אחת מאלה:

9.2.2.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

9.2.2.2 מבוטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת - יושבו למשלם.

9.3 המבטחת אינה זכאית לתרופות שבסעיפים 9.2.1 ו- 9.2.2, אלא אם תשובת המבוטח כאמור שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה, בהתקיים כל אחד מאלה:

- 9.3.1 המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.
- 9.3.2 העובדה שעל בסיסה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.
- 9.4 כמו כן, המבטחת אינה זכאית לתרופות האמורות בסעיף 9.2.2 לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או האדם שחיו בוטחו פעל בכוונת מרמה.
- 9.5 **תאריך לידתו של המבוטח כפי שמופיע במסמך רשמי, הוא ענין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.**
- 10. דמי הביטוח ודרך תשלומם**
- 10.1 **דמי הביטוח החודשיים עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת, בכפוף לאמור במפרט הפוליסה המצורף לפוליסה זו.**
- דמי הביטוח יהיו צמודים למדד היסודי המפורט במפרט הפוליסה וישולמו בהתאם למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום חודשי של דמי ביטוח.**
- 10.2 **תשלום דמי הביטוח בגין רובד הבסיס יבוצע במרכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה עבור העובדים. התשלום עבור העובדים אשר הצטרפו לרובד ההרחבה ובני משפחותיהם אשר הצטרפו לרובד הבסיס וההרחבה ישולם באמצעי גביה אישי .**
- 10.3 לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלומם, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיפים 10.1 לעיל, ריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א- 1961 וזאת מיום היווצרות הפיגור ועד לפירעונם בפועל על-ידי בעל הפוליסה.
- 10.4 **סעיף אופציונאלי התאמת פרמיה**
- לאחר 24 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח (להלן: "תקופת החשבון"), תהא רשאית המבטחת להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם וזאת על פי נסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה המפורטת להלן:**
- הכנסות: 70% מכל הפרמיות ששולמו בתקופת החשבון, כשהן משוערכות למדד.**
- הוצאות: סך כל הסכומים ששולמו עבור תביעות (לרבות כתבי שירות) בגין מקרי ביטוח שאירעו בתקופת החשבון, ובגין תביעות תלויות (לרבות IBNR), כשהם משוערכים למדד.**
- הפסדים: הסכום בו עולות ההוצאות על ההכנסות.**
- אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח (להלן: "הפרמיה החדשה").**
- לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופת החשבון למעט הצמדתן למדד.**
- 11. תנאי הצמדה**
- 11.1 כל הסכומים הנקובים בש"ח בכל אחד מפרקי הפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח, לרבות תגמולי הביטוח, סכומי ההשתתפות העצמית, אם קיימים, ודמי הביטוח על פי פוליסה זו יהיו צמודים לשיעור עליית/ירידת המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 11.2 דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה או המבוטח לשלם ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה למדד הקובע ביום התשלום בפועל לעומת המדד היסודי. יום ביצוע התשלום בפועל יהיה המאוחר מבין אלה: המועד הנקוב בהמחאה או המועד בו הגיעה ההמחאה למשרדי המבטחת. במקרה של תשלום על פי העברה בנקאית או בכרטיס אשראי לזכות חשבון המבטחת ייחשב יום זיכוי חשבון המבטחת בבנק או בחברת כרטיסי האשראי כיום ביצוע התשלום בפועל.
- 12. זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי**
- הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. **יובהר כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.**
- 13. הגשת תביעות**
- 13.1 הודעה על מקרה ביטוח תימסר למבטחת בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה, לרבות:
- 13.1.1 טופס תביעה מלא של המבטחת, לרבות מסמכים רפואיים ואחרים כפי שנדרש.
- 13.1.2 כתב וויתור על סודיות רפואית, שישמש לצורך קבלת מידע ככל שהדבר דרוש לביור זכויות וחובות על פי הפוליסה.
- 13.1.3 אם היו תשלומים, יש להעביר קבלות וחשבוניות הנדרשות לשם בירור החבות. את המסמכים והקבלות ניתן להגיש גם באופן דיגיטלי, לרבות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי המקוון של המבוטח.

- 13.2 במסגרת בירור החבות, לרבות זכאות המבוטח להמשך תשלום תגמולי ביטוח, תהיה למבטחת הזכות וצריכה להינתן לה האפשרות, להעמיד את המבוטח, על חשבונה, לבדיקת רופא או רופאים שיתמנו על ידה, ככל שיהיה בכך צורך סביר המתקבל על הדעת. מבלי לפגוע בכלליות האמור, יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט בישראל.
- 13.3 בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים למסור למבטחת תוך זמן סביר לאחר שנדרשו לעשות כן, את המידע והמסמכים הנוספים הדרושים למבטחת לשם בירור חבותה, לרבות פרטים אודות זהות מבצע הפרוצדורה הרפואית, שם בית החולים או המרפאה בהם הינו מעונין לבצע את הפרוצדורה הרפואית וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים למצב הרפואי בגינו נזקק המבוטח לבצע את הפרוצדורה הרפואית, ואם אינם ברשותם עליהם לעזור למבטחת, ככל שיכולו, להשיגם.
- 13.4 המבטחת רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו לרבות רשימת בתי החולים ורשימות רופאים מומחים, מנתחים ומרדמים שבהסכם.

14. תגמולי ביטוח

- 14.1 המבטחת תהיה רשאית, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, במידה והיו קשורים איתה בהסכם במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, או לשלם למבוטח תמורת קבלות וחשבוניות.
- 14.2 למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר כמפורט בסעיף 13.1.3 לעיל, תשלם המבטחת את ההפרש בין המגיע למבוטח על פי פוליסה זו לבין הסכום ששולם מהגורם האחר, אך לא יותר מהוצאות המבוטח בפועל.
- 14.3 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום, ובלבד שימסר למבטחת היתר להוצאת מטבע חוץ אם יהיה צורך בכך.
- 14.4 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, במידה ובהתאם לתנאי הפוליסה הם ננקבו במטבע זר, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטחת בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.
- 14.5 תשלום תגמולי הביטוח יבוצע בתוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים והתקיימות כל התנאים כאמור בסעיף 14 לעיל.
- 14.6 נפטר המבוטח, תשלם המבטחת את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה לגורם כלפיו התחייבה לשלם ובהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, תשלם המבטחת את היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח, על פי צו ירושה או צו קיום צוואה.
- 14.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המרבי המצוין בכל פרק מפוליסה זו או בדף פרטי הביטוח, לפי העניין.
- 14.8 מבוטח שאירע לו מקרה ביטוח, המכוסה בשני פרקים או יותר, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי פרקים אלה, לפי הגבוה מביניהם, ובלבד שלא יהיה זכאי לכלל ביטוח בגין אותו מקרה הביטוח.
- 14.9 בנוסף על האמור בסעיף זה יחולו על תגמולי הביטוח גם התנאים הנוספים המפורטים בכל פרק לפוליסה, לפי העניין.
- 14.10 המבטחת תהא זכאית לנכות מכל תשלום בגין הפוליסה, כל חוב דמי ביטוח המגיע לה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח, והכל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.

15. מקרה ביטוח המכוסה על ידי יותר מחברת ביטוח אחת ו/או על-ידי צד שלישי ו/או על ידי פוליסה נוספת או יותר אצל המבטחת

- 15.1 **כפל ביטוח**
- 15.1.1 המבטחת תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה מבטחת ובין אצל מבטח אחר.
- 15.1.2 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.
- 15.1.3 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטחת מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח וכשיעור התגמולים ששילמה בסעיף זה צד שלישי, לרבות קופות החולים.
- 15.1.4 המבטחת אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה לפי פרק זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל מהמבטחת.
- 15.1.5 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטחת על פי סעיף זה, יהא עליו להעבירו למבטחת. עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטחת, עליו לפצותה בשל כך.
- 15.1.6 קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי בגין הוצאות המכוסות בפוליסה זו, בין מכוח חוזה ביטוח ובין שלא מכוח חוזה ביטוח, תהא המבטחת זכאית לקזז את סכום השיפוי מסך תגמולי הביטוח מסוג שיפוי להם זכאי המבוטח על פי פוליסה זו.
- 15.1.7 המבוטח לא יהא זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבטחת, בשל אותו מקרה ביטוח. ערכה המבטחת למבוטח פוליסות נוספות כאמור, תחזיר לו את דמי

הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח.

16. ביטול הפוליסה

16.1 תקופת הביטוח לגבי כל מבטוח ו/או לגבי כלל המבטוחים, תבוא לידי סיום, בכל אחד מהמועדים המפורטים להלן, לפי

המועד המוקדם שביניהם:

16.1.1 בתום תקופת הביטוח על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.

16.1.2 עם מותו של המבטוח.

16.1.3 במועד בו פסקה הזיקה בין בעל הפוליסה לבין המבטוח

16.2 ביטול על ידי המבטוח

16.2.1 המבטוח רשאי לבטל את הפוליסה בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח בהתאם להוראות סעיף 7 לעיל.

16.2.2 המבטוח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה למבטחת באמצעות דוא"ל, חשבון אישי מקוון, פקס או פניה טלפונית והכל בהתאם למפורט באתר האינטרנט של החברה.

16.2.3 ביטול הפוליסה לגבי מבטוח מסויים משמעה ביטול הפוליסה וכל נספחיה/פרקיה/רבידה, אלא אם כן נמסרה הודעת הביטול רק בקשר לרובד מסויים.

16.3 ביטול על ידי המבטחת

המבטחת תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח

17. כפיפות להסדר התחיקתי

17.1 על פוליסה זו חלות הוראות ההסדר התחיקתי, והיא כפופה להן. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הפוליסה להוראות קוגנטיות בהסדר התחיקתי, יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.

17.2 במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח ו/או יחולו שינויים בחוק חוזה ביטוח, לאחר חתימת הסכם זה, יהיו רשאים המבטחת ו/או בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטחת

18. מתן מסמכים למבטוח:

18.1 המבטחת תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטוחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח על הביטוח דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.

18.2 על אף האמור בסעיף 18.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלוש החודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטחת על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור המבטחת לכל יחיד מקבוצת המבטוחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין: כי הארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי; את האפשרות של המבטוח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה ואת האפשרות של המבטוח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן".

18.3 חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח המבטחת למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחובה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.

18.4 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, תשלח המבטחת למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החובה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטחת רשאית שלא לשלוח למבטוח הוראות בחובה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

19. מתן הודעות למבטוח:

19.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטוח ובהעדר המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.

19.2 לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, תמסור המבטחת למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון. חודשה פוליסה לקבוצת מבטוחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - תמסור המבטחת האחר לכל יחיד בקבוצת המבטוחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד חידוש הביטוח

19.3 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותה מבטחת ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטוחים, תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

19.4 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה תמסור המבטחת 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.

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

לענין סעיף זה, "שינוי בדמי הביטוח" - 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."

20. התחייבויות המבטחת:

מבלי לגרוע מהוראות סעיף 19 לעיל, המבטחת מתחייבת, תוך 30 יום ממועד תחילת הביטוח להפיץ לכל אחד מיחיד קבוצת המבוטחים חוברת הכוללת את תנאי הפוליסה וגילוי נאות בין באופן ישיר ובין באמצעות בעל הפוליסה.

21. הודעות והצהרות

21.1 כל ההודעות והצהרות הנמסרות למבטחת על ידי בעל הפוליסה או המבוטח או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב על גבי הטפסים שיהיו מקובלים אצל המבטחת באותו מועד, במשרדי המבטחת, זולת הצעת ביטוח שנמסרה באמצעות הטלפון.

22. סתירות

במקרה של סתירה בין תנאים אלה לבין התנאים של נספח מסוים שצורף לפוליסה זו, יחולו תנאי הנספח ככל שמיטיבים עם המבוטח, ועל שאר חלקי הפוליסה יחולו התנאים הכלליים.

23. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. היתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה והכל בהתאם ובכפוף לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח.

24. ברירת הדין

24.1 פרשנות הפוליסה וכל חילוקי דעות או תביעות על פיה או בקשר אליה, יתבררו אך ורק לפי דיני ישראל, בבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.

24.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי אכיפת פסק דין זר לא תחשב כפרשנות הפוליסה לפי דיני ישראל ולא כפסק דין שניתן בבית משפט ישראלי.

פרק ב' - חריגים לאחריות המבטחת החלים על כל פרקי הפוליסה

25. הוראות כלליות

25.1 פרק זה מונה את ההגבלות, הסייגים והחריגים (להלן – "החריגים הכלליים") החלים על פוליסה זו ועל כל אחד מפרקיה.

25.2 בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק זה, יחולו גם ההגבלות, הסייגים והחריגים המיוחדים (להלן – "החריגים המיוחדים") לגבי כל אחד מהכיסויים הביטוחיים המפורטים בפרקי הפוליסה.

26. חריג מצב רפואי קודם

26.1 המבטחת תהיה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ועל פי כל אחד מפרקיה בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

26.2 תוקף החריג בגין מצב רפואי קודם יהיה מוגבל בזמן בהתאם לגילו של המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:

26.2.1 היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח- שנה אחת מיום תחילת הביטוח.

26.2.2 היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - חצי שנה מיום תחילת הביטוח.

26.2.3 להסרת ספק, לגבי מבוטחים קיימים תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח קיים לענין מצב רפואי קודם ולענין סייג למצב רפואי קודם יהיה תאריך הצטרפותו לביטוח הקודם וכל זאת לגבי הכיסויים והסכומים החופפים שבין הביטוח הקודם לפוליסה זו.

- 26.2.4 לגבי מבטחים שאינם מבטחים קיימים, תאריך תחילת הביטוח של כל מבטח לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה מועד הצטרפותו של המבטח לפוליסה זו
- 26.2.5 נשאל המבטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תהיה המבטחת רשאית לסייג את היקף חבותה. סייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.
- 26.2.6 הודיע המבטח על מצב רפואי קודם, והמבטחת לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קודם.
- 26.2.7 אין באמור לעיל כדי לפטור את המבטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.

26.3 השבת דמי הביטוח

פטורה המבטחת מחובתה בשל ההוראות המפורטות לעיל ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטחת סבירה לא הייתה מתקשרת באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידעה במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבטח, תחזיר המבטחת למבטח את דמי הביטוח ששילם המבטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.

27. חריגים נוספים החלים על כל אחד מפרקי הפוליסה

בנוסף לאמור לעיל, המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי פוליסה זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם. חריגים אלה לא יחולו על פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:

- 27.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 27.2 מקרה הביטוח אירע במהלך של שירות המבטח בכוחות הביטחון לסוגיהם לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע ונובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי..
- 27.3 מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת,
- 27.4 טיפולים נפשיים ופסיכולוגיים.
- 27.5 מקרה הביטוח נגרם עקב אלכוהוליזם, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה.
- 27.6 הריון ו/או לידה, פריזון או עקרות וטיפולים בעובר, למעט במקרים המפורטים להלן :
- 27.6.1 הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר.
- 27.6.2 לידה בניתוח קיסרי אלקטיבי עקב צורך רפואי.
- 27.6.3 ניתוחים גניקולוגיים מתקנים בעקבות לידה בשל סיבה רפואית שאינה נפשית, קוסמטית או לצורכי פריזון.
- 27.6.4 התייעצויות הקשורות להריון.
- 27.7 מקרה הביטוח נגרם במישרין או מפעילות אלימה מסוג פשע או עוון בה השתתף המבטח.
- 27.8 מקרה הביטוח נגרם מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי), מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי, קרינת רנטגן או קרינה מייננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.
- 27.9 מקרה הביטוח נגרם עקב פעולה מלחמתית או פעולה צבאית.
- 27.10 טיסה בכלי טייס מכל סוג שהוא, בין אם ממונע ובין אם לאו (למעט טיסה כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות), רחיפה, דאיה, גלישה אווירית, צניחה, סקי או צלילה.
- 27.11 בדיקות שגרה ומעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 27.12 טיפולים למטרות מחקר ו/או טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות ו/או טיפולים נסיוניים ו/או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות נסיוניות ו/או טיפולים שנדרש אישור ועדת הסינקי או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.

28. המבטחת אינה אחראית לשירותים הרפואיים הניתנים על ידה ולתוצאותיהם

למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזה, בחירת הרופא המטפל ו/או ספק השירות הרפואי ו/או בית החולים שבו יינתן השירות הרפואי ו/או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה, נעשים על ידי המבטח, והמבטחת איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או לפעולות נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים הניתנים למבטח בקרות מקרה הביטוח על ידי כל נותן שירות ו/או מוכר מוצר כאמור ו/או ספק השירות הרפואי לרבות ו/או כל לכל נזק שייגרם על ידם.

מובהר בזאת, כי האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן השירות שבהסכם ו/או בתיאום עם המבטחת ו/או חברה קשורה ו/או על ידי הפניית המבטח לנותן השירות.

29. הטבות מיוחדות:

מבטחים שהצטרפו לפוליסה (מבטחים כהגדרתם בסעיף 1.30 לפוליסה) יהיו רשאים לרכוש פוליסת סיעוד פרטית בהנחה של 15% למשך תקופה של 3 שנים וכן פוליסת מחלות קשות פרטית בהנחה של 25% למשך 3 שנים מהמחירים הנקובים אצל

המבטחת לפוליסות פרט כאמור וזאת תוך 90 יום ממועד תחילת הפוליסה ולאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות. התשלום יהיה באמצעות הוראת קבע או כרטיס אשראי.

30. **הודעות:**
- 30.1 כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:
בעל הפוליסה: חברת קורל תל בע"מ
- 30.2 המבטחת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
תחום בריאות
ת.ד. 927
תל-אביב 61008
- 30.3 כל שינוי בתנאי הפוליסה, לפי בקשת המבוטח או בעל הפוליסה בהתאם לאמור בפוליסה זו ובכפוף להסדר התחיקתי, ייכנס לתוקפו רק אם המבטחת הסכימה לכך בכתב (במקרים שבהם דרושה הסכמתה לפי הפוליסה) ושלחה דף פרטי ביטוח מעודכן. אין באמור לעיל כדי להכשיר מתן הוראה או הודעה אשר אין בסמכותו של נותן ההודעה לתיתן.
- 30.4 בכל מקרה של שינוי כתובת, חייב בעל הפוליסה או המבוטח או המבטחת לפי העניין, להודיע על כך לצד השני בכתב.
- 30.5 כל הודעה שתישלח בדואר על ידי המבטחת לבעל הפוליסה או למבוטח או על ידיהם למבטחת לפי הכתובת המעודכנת הידועה באותו מועד, תיחשב כהודעה שנתקבלה כדין על ידי הנמען בתוך 72 שעות מזמן הימסר המכתב בדואר ישראל, הכולל את ההודעה.
- 30.6 כל הודעה שתישלח לבעל הפוליסה תיחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח, ובעל הפוליסה מצהיר כי הוא שלוחו/ אפוסטרופסו של מבוטח לצורך משלוח הודה כאמור.

ולראיה באו הצדדים על החתום:

קורל תל בע"מ

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

רובד בסיס

פרק א'

השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן ו/או תפצה את המבוטח בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן וכן בכפוף להוראות התנאים הכלליים לרבות החריגים המהווים חלק בלתי נפרד מכיסוי זה

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1. **השתלה** - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר לגוף המבוטח, לרבות תאי גזע שהופקו מדם טבורי, תאי גזע מדם היקפי או תאי גזע המופקים מעצמות המבוטח או כל תורם אחר. השתלה תכלול גם השתלה מן האיברים המוזכרים לעיל, של איבר מלאכותי או של איבר מן החי (בעל חיים שאינו אדם), בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיונות בישראל או באחת המדינות: ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה מוקדמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

"הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח

2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"

1.2. **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל, שמתקיים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:

- 1.2.1. הטיפול חיוני להצלת חיים ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחיי המבוטח.
- 1.2.2. זמן המתנה ארוך מהסביר עלול לגרום להחמרה משמעותית, המסכנת את חיי המבוטח.
- 1.2.3. ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל המחויב מבחינה רפואית להצלת חיים או להצלת איבר או להצלת השמיעה או הראייה והוא אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל הנותן תוצאות דומות.

לצורך הגדרה זו: טיפול חלופי - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של המבוטח הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל.

תוצאות גופניות חמורות יותר - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול ברפואי, לרבות תופעות לוואי הפוגעות באיכות או בשגרת חייו של המבוטח.

2. מקרה הביטוח

- 2.1. מקרה הביטוח הינו אחד או יותר מאלה:
- 2.2. **מקרה הביטוח בהשתלה** - מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה.
- 2.3. **מקרה הביטוח בטיפול מיוחד** - מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד.

3. תנאים מוקדמים להתחייבות המבטחת

- 3.1. **לגבי מקרה ביטוח של השתלה, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:**
 - 3.1.1. רופא מומחה בישראל קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.
 - 3.1.2. ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.
 - 3.1.3. ההשתלה תבוצע בהתאם להוראות חוק השתלת איברים התשס"ח 2008 (להלן: "חוק השתלת איברים").
- 3.2. **לגבי מקרה ביטוח של טיפול מיוחד, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:**
 - 3.2.1. רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל וכי התקיימו במבוטח התנאים המפורטים בהגדרת טיפול מיוחד, וזאת על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.
 - 3.2.2. הטיפול המיוחד יבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.
 - 3.2.3. הטיפול המיוחד יעשה עפ"י אמות מידה אתיות המקובלות במדינה בה יבוצע.

4. תנאים מהותיים להתחייבות המבטחת

- 4.1. עם היוודע למבוטח על קרות מקרה הביטוח, המחייב קבלת טיפול, יודיע המבוטח על כך בכתב למבטחת ויקבל את אישורה מראש ובכתב לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו. קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על פי תכנית ביטוח זו. בוצעה/ה במבוטח השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, ללא קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב כאמור, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות המוכרות, כפי שהיו, לו היו ההשתלה או הטיפול המיוחד מבוצעים בבית חולים אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו.

4.2. הוראות מיוחדות לענין ביצוע השתלה:

תכנית ביטוח זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר:

4.2.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.

4.2.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לענין איסור סחר באיברים.

5. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של השתלה

5.1. במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שבהסכם, תשלם המבטחת את השיפוי עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5.4 להלן (להלן: "ההוצאות המוכרות"), בגין ביצוע ההשתלה, ישירות לנותן השירות שבהסכם.

סכום השיפוי המירבי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור השתלת איבר מלאכותי לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 2,500,000 ש"ח. סכום השיפוי המירבי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור כל השתלה אחרת אינו מוגבל, ובלבד שההשתלה נעשתה אצל נותן שירות שבהסכם כאמור לעיל.

המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבוטח, בהתאם לחבובות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 15 לתנאים הכלליים **מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי).**

5.2. במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שלא בהסכם, תשפה המבטחת את המבוטח, בגין ההוצאות המוכרות אשר ניתנו לו לצורך ההשתלה. **סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור השתלת איבר מלאכותי לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 2,500,000 ש"ח. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור כל השתלה אחרת לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 5,000,000 ש"ח.**

המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבוטח, בהתאם לחבובות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 15 לתנאים הכלליים **(מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי).**

5.3. מובהר כי השתלה חוזרת אשר תידרש בעקבות ביצוע השתלה, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

להסרת ספק, במקרה בו יושטלו/ מח עצמות ו/או תאי גזע מתורם אחר לגוף המבוטח, בעקבות אי הצלחת השתלת מח עצמות ו/או תאי גזע מגופו של המבוטח, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. להסרת ספק, במקרה בו יושטל איבר מלאכותי או איבר מן החי כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר מגופו של המבוטח ו/או מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

5.4. בקרות מקרה ביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור סך הוצאות המוכרות המפורטות להלן וזאת עד לתקרת סכומי הביטוח הנקובים בסעיפים 5.1-5.2, לפי העניין, ובהתאם לתקרות ולתנאים המפורטים להלן בגין כל הוצאה:

5.4.1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח, עד סכום ביטוח מירבי בסך 75,000 ש"ח **לכל מקרה ביטוח.**

5.4.2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל עד 365 ימים **למקרה ביטוח.**

5.4.3. תשלום עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

5.4.4. תשלום לצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח, עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.

5.4.5. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה והעברה יבשתית, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, בהתאם לאמור בסעיף זה.

5.4.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות שיבה לישראל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל ו/או לישראל בטיסה מסחרית רגילה, עד סכום שיפוי מירבי בסך 75,000 ש"ח.

5.4.7. תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל עד סכום ביטוח מירבי בסך 1,000 ש"ח ליום, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי בסך 250,000 ש"ח **למקרה ביטוח, ובלבד שההשתלה בוצעה בפועל.** היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, בהתאם לאמור בסעיף זה.

5.4.8. תשלום עבור הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח בחו"ל אשר קשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה עד לתקרת שיפוי מירבי בסך 1,500 ש"ח ליום ולא יותר מסכום שיפוי מירבי בסך 250,000 ש"ח **למקרה ביטוח, ובלבד שטיפולים אלו ניתנים למבוטח במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל.**

5.4.9. תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה עד לסכום שיפוי מירבי בסך 250,000 ש"ח.

5.4.10. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.

5.4.11. תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע ההשתלה בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע ההשתלה בחו"ל, עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 200,000 ש"ח

- 5.4.12. הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי **עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 170,000 ש"ח עבור כל הבדיקות המנויות בסעיף זה.**
- 5.5. בנוסף להוצאות המוכרות המפורטות לעיל, תפצה המבטחת את המבוטח בגין הארועים המפורטים להלן וזאת מעבר לתקרת סכומי הביטוח הנקובה בסעיפים 5.1-5.2 לעיל:
- 5.5.1. **גמלה חודשית בגין מקרה ביטוח למעט השתלת מח עצם עצמית:**
- 5.5.1.1. **עבור מועמד להשתלה:** מבוטח אשר בקרות מקרה הביטוח מרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך **7,500 ש"ח** בגין התקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל **ולא יותר מ- 12 חודשים**. מבוטח כאמור השוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי **לחלופין** לגמלה חודשית בסך **3,500 ש"ח** למשך תקופה של עד 12 חודשים. **תנאי מוקדם לצורך קבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה בטרם ביצוע ההשתלה של המבוטח.**
- 5.5.1.2. **גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה:** בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, למעט השתלת מח עצם עצמית, תשלם המבטחת למבוטח **בחיי גמלה חודשית בגובה 7,500 ש"ח** למשך תקופה של עד **24 חודשים**.
- 5.6. **אפשרות פיצוי חד פעמי בגין השתלה**
- פיצוי חד פעמי בגין השתלה בחו"ל שבוצעה ללא מעורבות המבטחת**
- בוצעה במבוטח השתלה בחו"ל, למעט השתלת מח עצם עצמית, שהמבטחת לא השתתפה במימונה, בין בתשלום ישירות לנותן שירות, בין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופת החולים ו/או לגורם אחר, יהיה המבוטח זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה **350,000 ש"ח**.
- קבלת הפיצוי כאמור, הינה בכפוף לכך שהמבוטח עבר את ההשתלה בהתאם להוראות חוזר ביטוח **1-1-2009** והוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – **2008** ולא תבע את המבטחת בגין ההשתלה על פי פרק זה, המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה.
- למען הסר ספק, יובהר כי בעת קרות מקרה ביטוח, יהיה זכאי המבוטח לבחור ולהודיע על בחירתו בכתב למבטחת, אך ורק מבין שתי האפשרויות לקבלת תגמולי ביטוח, לפי סעיפים **5.1-5.5** לעיל, או על פי סעיף **5.6** זה.
- קיבל המבוטח פיצוי בגין מקרה ביטוח על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי ו/או פיצוי על פי פרק זה.
6. **התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של טיפול מיוחד**
- 6.1. המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות הממשיות המפורטות בסעיף **6.3** להלן, שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך הטיפול המיוחד, להוציא כל החבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו ובכפוף לאמור בסעיף **15** לתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות (מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי), במקרה זה תשפה המבטחת את המבוטח לפי הוצאותיו והיא זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, מקופת החולים הרלוונטית. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין הטיפול המיוחד לא יעלה על סכום ביטוח מירבי בסך **1,000,000 ש"ח**
- 6.2. מובהר כי טיפול מיוחד חוזר אשר יידרש בעקבות ביצוע טיפול מיוחד, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.
- 6.3. בקרות מקרה הביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות בגין הטיפול המיוחד עד לתקרה הקבועה בסעיף **6.1** לעיל, כמפורט דלקמן ותישא בהחזרים הבאים:
- 6.3.1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח עד לסכום שיפוי מירבי בסך **75,000 ש"ח לכל מקרה ביטוח**.
- 6.3.2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל עד **365 ימים**.
- 6.3.3. תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שניתנו למבוטח תוך כדי ביצוע הטיפול המיוחד.
- 6.3.4. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- **18** שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 6.3.5. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות שיבה לישראל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל ו/או לישראל בטיסה מסחרית רגילה, עד לסכום שיפוי מירבי בסך **75,000 ש"ח**.
- 6.3.6. תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע הטיפול אך לא יותר מסכום שיפוי מירבי בסך **1,000 ש"ח ליום ועד 50,000 ש"ח למקרה ביטוח, ובלבד שהטיפול המיוחד בוצע בפועל**. היה המבוטח קטין,

- שגילו נמוך מ – 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטורפוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 6.3.7 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול המיוחד.
- 6.3.8 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל - עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 200,000 ש"ח

7. פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד:

נפטר המבוטח כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד המכוסים על פי תכנית ביטוח זו, במהלך ההשתלה או הטיפול המיוחד המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי תכנית ביטוח זו, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, פיצוי נוסף בסך 120,000 ש"ח, ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבטחים שבעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מלאו להם 21 שנה.

8. תקופת אכשרה לפרק זה: 90 יום

פרק ב'

תרופות מיוחדות

כיסוי לתרופות מחוץ לסל הבריאות, והוצאות נלוות

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן **בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן וכן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים המהווים חלק בלתי נפרד מכיסוי זה.**

1. הגדרות

- בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:
- 1.1 **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן – "נותן השירות").
 - 1.2 **המדינות המוכרות** - ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
 - 1.3 **השתתפות עצמית ברכישת תרופות** - סכום בסך של 300 ש"ח **שתנכה המבטחת מסכום ההוצאה למרשם שניתן למבוטח לתקופה של חודש**, ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש. במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח – לא תנוכה ההשתתפות עצמית נוספת.
 - 1.4 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
 - 1.5 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשתנה מעת לעת. לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב.
 - לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה **באנגליה במחירי דולר ארה"ב**.
 - 1.6 **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא בית חולים או רופא מומחה, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה בתחילת הטיפול התרופתי, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. על אף האמור, יתקבל גם מסמך רפואי כאמור חתום בידי רופא שאינו מומחה בתחום הרלוונטי, **ובלבד שאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול יינתן מסמך רפואי חתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה**.
 - 1.7 **סרטן (Cancer)** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. תחת הגדרה זו תכלול מחלת סרטן מסוג לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.
 - הגדרת סרטן בתכנית ביטוח זו לא תכלול:** גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ (למעט Carcinoma in Situ בשד), דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים; מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכיבויות); מחלות עור מסוג Basal Cell Carcinoma ו- Squamous Cell Hyperkeratosis; מחלות עור מסוג Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושני בנכחות מחלת ה - AIDS; סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- T2 No Mo TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל); לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ 10,000 B cell lymphocytes (כולל) או לפי **ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה; פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית; גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY.**

- 1.8. **רופא מומחה** - רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
 - 1.9. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות הרשומות על פי פקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א – 1981 ו/או על פי תקנות הרופאים (תכשירים), התשמ"ו – 1986, או הוראת דין שתבוא במקומן, והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
 - 1.10. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה ואשר נכלל ברשימת התרופות המאושרות ו/או אושר ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.
 - 1.11. **תרופה OFF LABEL** - תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
 - 1.11.1. פרסומי ה-FDA
 - 1.11.2. American Hospital Formulary Service Drug Information
 - 1.11.3. US Pharmacopoeia - Drug Information
 - 1.11.4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - 1.11.4.1. עוצמת ההמלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - 1.11.4.2. חוזק הראיות (Strength of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B.
 - 1.11.4.3. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - 1.11.5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines, שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:
 - 1.11.5.1.1. NCCN
 - 1.11.5.1.2. ASCO
 - 1.11.5.1.3. NICE
 - 1.11.5.1.4. Esmo Minimal Recommendation
 - "הגדרת תרופה OFF LABEL נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**
 - 1.12. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר, אשר אושרה והוכרה כתרופת יתום/כתרופה יתומה ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות להתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
2. **מקרה הביטוח**
 - מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק, על פי הוראת רופא, לטיפול תרופתי. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי תכנית ביטוח זו, בקרות מקרה ביטוח, לאחר כניסת התכנית ביטוח לתוקף ולאחר תום תקופת האכשרה, בגין רכישת אחת או יותר מהתרופות הבאות:
 - 2.1. **תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, בכפוף לאמור להלן:**
תרופה אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.
 - 2.2. **תרופה, הכלולה בסל שירותי הבריאות, בכפוף לאמור להלן:**
תרופה אשר כלולה בסל שירותי הבריאות, אך אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית, הקבועה בסל שירותי הבריאות, כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות. יובהר כי תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.
 - 2.3. **תרופה OFF LABEL** כהגדרתה לעיל.
 - 2.4. **תרופת יתום כהגדרתה לעיל**, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות.
 3. **תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת**
 - 3.1. המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.
 - 3.2. מובהר כי אישור המבטחת מראש לרכישת התרופה הינו תנאי מהותי.
 - לא קיימה חובת המבוטח להודיע למבטחת על קרות מקרה הביטוח בטרם רכישת התרופה, לא תהא המבטחת חייבת בתגמולי ביטוח אלא במידה והייתה חייבת בהם אילו קיימה החובה.
 - הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
 - 3.2.1. במידה והחובה לא קיימה מסיבות מוצדקות.
 - 3.2.2. אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטחת את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.
 - 3.3. רכש המבוטח תרופה שרכישתה לא אושרה מראש ע"י המבטחת, תגמולי הביטוח אשר תשלם המבטחת למבוטח, יהיו עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת, לו היתה נמסרת לה הודעה מראש ובלבד שהסכום שתשלם המבטחת למבוטח

לא יעלה על גובה ההוצאות, כפי שהיו לו היתה התרופה נרכשת באמצעות בית מרקחת אשר למבטחת יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו.

- 3.4. בכל מקרה בו בחרה המבטחת לשלם ישירות לספק השירות עבור התרופה, עלות רכישת התרופה משמעה- הסכום ששילמה המבטחת בפועל לספק השירות על פי ההסכם עם ספק השירות, ובלבד שהסכום לא יעלה על סכום השיפוי המירבי הקבוע לתקופת ביטוח כמפורט בסעיף 4 להלן.
- 3.5. יובהר כי המבטחת איננה חייבת להתקשר עם ספק שירות, ואם היא בחרה להתקשר עם ספק שירות, אין היא מחוייבת להשיג את המחירים המוזלים ביותר לרכישת התרופה.

4. התחייבויות המבטחת

4.1. הוצאות רכישת תרופה:

בקורות מקרה הביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישת תרופות ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, ולא יותר מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, וזאת בניכוי השתתפות עצמית, ובכפוף לתנאים המפורטים להלן:

- 4.1.1. בגין רכישת תרופות המפורטות בסעיף 2 לעיל, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישת התרופות עד סכום שיפוי מירבי בסך 3,000,000 ₪ למקרה ביטוח. הסכום הינו מתחדש בעת חידוש תקופת הביטוח. יובהר כי אין הגבלה למספר מקרי הביטוח המכוסים בתקופת ביטוח.
- 4.1.2. השתתפות עצמית-
- 4.1.2.1. החזר הוצאות בגין רכישת תרופה, בין אם הרכישה בוצעה על ידי המבוטח ובין אם באמצעות המבטחת, ישולמו בניכוי השתתפות עצמית בסך של 300 ₪ כמפורט בסעיף 1.3 לעיל.
- 4.1.2.2. בגין תרופה לטיפול במחלת הסרטן, המכוסה על פי תנאי תכנית ביטוח זו, אשר עלותה החודשית גבוהה מ-300 ₪, לא תחול השתתפות עצמית כלל.

4.2. כיסויים נלווים

4.2.1. שיפוי בגין עלות השירות

המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות, עד לסכום שיפוי בסך 350 ₪ ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום בגין כל מקרה ביטוח. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה ינתן אך ורק בגין נטילת תרופה, אשר המבטחת שיפתה את המבוטח עבור רכישתה כאמור בסעיף 4.1.

4.2.2. השתתפות הקופה ו/או השב"ן

היה המבוטח זכאי לכיסוי במסגרת תכנית ביטוח זו, אך קופת החולים ו/או השב"ן בהם הוא חבר מימנו את העלויות באופן מלא או חלקי, והמבטחת לא השתתפה במימון התרופה כאמור בסעיף 4.1 המבוטח יהיה זכאי להחזר סכום ההשתתפות ששילם לקופת החולים ו/או לשב"ן בהם הוא חבר עבור התרופה.

5. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות, למעט אלה שבוטלו מפורשות בתכנית ביטוח זו, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו במקרים הבאים:

- 5.1. שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה.
- 5.2. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים כללי תרופה מתחום הרפואה המשלימה.
- 5.3. תרופה מתחום טיפולי Anti-Aging.
- 5.4. תרופה לגמילה מעישון
- 5.5. תרופה לטיפול באין אונות
- 5.6. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 5.7. תרופה לטיפול שיניים.
- 5.8. תרופה לטיפול בהשמנת יתר.
- 5.9. תרופה ניסיונית - תרופה אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח, למעט טיפול המכוסה באופן מפורש בתכנית ביטוח זו. יובהר כי תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.
- 5.10. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון / תזונה.
- 5.11. טיפול תרופתי מונע למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או לנשאות של HIV ו/או טיפול תרופתי מונע למחלת צהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת מסוג B (Hepatitis B).

6. תביעות

- 6.1. המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:
- 6.1.1. המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

6.1.2. במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטחת.

7. הגבלת אחריות המבטחת מחוץ לגבולות מדינת ישראל

- 7.1. שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקורות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטחת לשלם תגמולי ביטוח בעת שהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל-180 ימים בלבד בכל שהיה מחוץ לגבולות ישראל.
- 7.2. חזר המבוטח לגבולות ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל, והמבטחת תשלם את המגיע ממנה בכפוף להוראות תכנית ביטוח זו.

8. תקופת אכשרה לפרק זה: 90 יום

פרק ג' תרופות בהתאמה אישית

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים

הגדרות

- בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים כהגדרתם להלן, ולהגדרות המופיעות בביטוח התרופות כהגדרתו להלן, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:
- 1.1. **בדיקה גנומית** - בדיקות גנטיות לאפיון וניתוח הפרופיל הגנומי של הגידול הסרטני (לרבות סרטן הדם לסוגיו) לצורך התווית טיפול בהתאם לנתונים הגנטיים של המטופל, המבוצעות במכון גנטי בבית חולים או במעבדה לבדיקות גנטיות בעלת רישיון לערוך בדיקות גנטיות.
 - 1.2. **תכנית הביטוח הבסיסית** - כיסוי תרופות הכלול בפוליסה הקבוצתית על שם המבוטח, אצל המבטחת, אשר מקנה כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וכן מקנה כיסוי לתרופות OFF LABEL כהגדרתן להלן, והינה בתוקף בעת קרות מקרה הביטוח.
 - 1.3. **המדינות מוכרות** - ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
 - 1.4. **ויטמינים** – 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 כתוסף תזונה.
 - 1.5. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
 - 1.6. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשתנה מעת לעת. לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.
 - 1.7. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא בבית חולים או רופא מומחה, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה בתחילת הטיפול התרופתי, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. על אף האמור, יתקבל גם מסמך רפואי כאמור חתום בידי רופא שאינו מומחה בתחום הרלוונטי, ובלבד שאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול יינתן מסמך רפואי חתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה.
 - 1.8. **סרטן (Cancer)** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. תחת הגדרה זו תכלול מחלת סרטן מסוג לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. הגדרת סרטן בתכנית ביטוח זו לא תכלול: גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ (למעט Carcinoma in Situ בשד), דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כסרטן ממאירים; מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות); מחלות עור מסוג Basal Cell Carcinoma; מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל); לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000 \text{ B cell lymphocytes}$ ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
 - 1.9. **קנאביס רפואי** - קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.
 - 1.10. **רופא מומחה** - רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

- 1.11. **רופא מומחה בכיר** - רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים כללי ו/או פרופסור בבית חולים כללי.
- 1.12. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות הרשומות על פי פקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א – 1981 ו/או על פי תקנות הרופאים (תכשירים), התשמ"ו – 1986, או הוראת דין שתבוא במקומן, והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.13. **תוסף/ תוספי תזונה** - מינרל, חומצת אמינו, צמח או מזון אחר, המאושר על ידי משרד הבריאות כתוסף תזונה בהתאם לתקנות בריאות הציבור (מזון)(תוספי תזונה), התשנ"ז-1997 ואשר נקבע בפרסום מדעי קליני מקובל, כי תוסף התזונה יעיל באופן ממשי לטיפול ו/או תמיכה במצבו הרפואי של המבוטח ו/או להקלה בתסמינים ותופעות לוואי הנובעות מהמצב הרפואי ו/או מהטיפול במצב הרפואי של המבוטח.
- 1.14. **תרופה OFF LABEL** - תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
- 1.14.1. פרסומי ה-FDA
 - 1.14.2. American Hospital Formulary Service Drug Information
 - 1.14.3. US Pharmacopoeia - Drug Information
 - 1.14.4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - 1.14.4.1. עוצמת ההמלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - 1.14.4.2. חוזק הראיות (Strength of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B.
 - 1.14.4.3. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - 1.14.4.4. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines.
- שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:
- 1.14.4.4.1. NCCN
 - 1.14.4.4.2. ASCO
 - 1.14.4.4.3. NICE
 - 1.14.4.4.4. Esmo Minimal Recommendation
- 1.15. **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 ואשר נכלל ברשימת התרופות המאושרות ו/או אושר ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.
- 1.16. **תרופה מותאמת אישית** - תרופה אשר מתקיים לגביה אחד מהסעיפים הבאים:
- ניתן אישור לייבוא אישי של התרופה על פי תקנה 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986 (אישור על פי פקודת הרופאים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי), ורופא מומחה בכיר קבע כי המבוטח זקוק לה.
- התרופה אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו אך לא במצבו הרפואי של המבוטח והמבוטח ביצע בדיקות גנומיות במכון גנטי בבית חולים או במעבדה לבדיקות גנטיות בעלת רישיון לערוך בדיקות גנטיות, ונמצא באבחון הגנטי של הגידול כי המבוטח זקוק עפ"י המלצת הרופא המטפל, לתרופה לצורך טיפול במחלתו.
- התרופה אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו ונדרשת לטיפול במבוטח הנמצא במצב של סכנה לחייו עקב מצבו הבריאותי ובכפוף לכך שרופא מומחה בכיר קבע כי התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים וכי התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.
- 1.17. **תקופת הביטוח -תקופת הביטוח תחל ממועד כניסת המבוטח לביטוחו, ותמשך כל עוד המבוטח מבוטח ברצף בתכנית ביטוח זו.**
2. **מקרה הביטוח**
- מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, אשר מחייב את המבוטח, על פי הוראת רופא, לקבל טיפול תרופתי באמצעות תרופה מותאמת אישית.
- תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי תכנית ביטוח זו, בגין רכישת תרופות מותאמות אישית כהגדרתן לעיל וזאת לאחר כניסת תכנית הביטוח לתוקף ולאחר תום תקופת האכשרה ובתנאי שהתרופה המותאמת אישית אינה מכוסה בתכנית הביטוח הבסיסית כהגדרתה לעיל.
3. **תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת**
- 3.1. המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה המותאמת אישית כאשר בידיו מרשם.
- 3.2. לא הודיע המבוטח למבטחת על קרות מקרה הביטוח בטרם רכישת התרופה, לא תהא המבטחת חייבת בתגמולי ביטוח אלא במידה והייתה חייבת בהם אילו קוימה החובה.
- הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- 3.2.1. במידה והחובה לא קוימה מסיבות מוצדקות.

- 3.2.2. אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטחת את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.
- 3.3. רכש המבוטח תרופה שרכישה לא אושרה מראש ע"י המבטחת, תגמולי הביטוח אשר תשלם המבטחת למבוטח, יהיו עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת, לו היתה נמסרת לה הודעה מראש ובלבד שהסכום שתשלם המבטחת למבוטח לא יעלה על גובה ההוצאות, כפי שהיו לו היתה התרופה נרכשת באמצעות בית מרקחת אשר למבטחת יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו.
- 3.4. בכל מקרה בו בחרה המבטחת לשלם ישירות לספק השירות עבור התרופה המותאמת אישית, עלות רכישת התרופה המותאמת אישית משמעה- הסכום ששילמה המבטחת בפועל לספק השירות על פי ההסכם עם ספק השירות, ובלבד שהסכום לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לתרופה המותאמת אישית לחודש ולתקופת ביטוח כמפורט בסעיף 4 להלן.
- 3.5. יובהר כי המבטחת איננה חייבת להתקשר עם ספק שירות, ואם היא בחרה להתקשר עם ספק שירות, אין היא מחוייבת להשיג את המחירים המוזלים ביותר לרכישת התרופה המותאמת אישית.

4. התחייבויות המבטחת

4.1. הוצאות רכישת תרופה מותאמת אישית:

בקורות מקרה הביטוח, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות שהוצאו בפועל, לרכישת תרופות מותאמות אישית ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופות המותאמות אישית, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, ולא יותר מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, וזאת בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.1.3, ובכפוף לתנאים המפורטים להלן:

- 4.1.1. בגין רכישת תרופה מותאמת אישית כהגדרתה בסעיף 1.16 לעיל, סכום השיפוי המירבי, לתקופת ביטוח, יהיו 1,000,000 ש"ח עבור כל מקרה ביטוח, אך לא יותר מסכום שיפוי מירבי של 250,000 ש"ח עבור כל חודש קלנדרי. יובהר כי סכום הביטוח אינו מתחדש בתקופות ביטוח רצופות.
- 4.1.2. יובהר כי סכום השיפוי המירבי הנקוב לעיל לחודש יוותר ללא שינוי גם במידה וניתנו מספר מרשמים לתרופות מותאמות אישית לטיפול במצב בריאותי של המבוטח בגין המצב הרפואי בגינו נזקק לתרופה המותאמת אישית.
- 4.1.3. טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול ו/או כתוצאה ממקרה ביטוח הנו חלק מאותו מקרה ביטוח. **השתתפות עצמית**- תגמולי הביטוח בגין רכישת תרופה מותאמת אישית, בין אם הרכישה בוצעה על ידי המבוטח ובין אם באמצעות המבטחת, ישולמו בניכוי השתתפות עצמית בסך 300 ש"ח למרשם. ההשתתפות העצמית בגין מרשם הינה חודשית ותחול מידי חודש קלנדרי בנפרד. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה מותאמת אישית המכסים תקופת טיפול של חודש קלנדרי תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת באותו חודש. ניתן מרשם לאותה תרופה מותאמת אישית לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש. במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח – לא תנוכה השתתפות עצמית נוספת באותו חודש.
- 4.1.4. למרות האמור בסעיף 4.13, בגין תרופה לטיפול במחלת הסרטן, המכוסה על פי תנאי תכנית ביטוח זו, אשר עלותה החודשית גבוהה מסך של 300 ש"ח, לא תחול השתתפות עצמית.

4.2. כיסויים נלווים

4.2.1. שיפוי בגין עלות השירות

המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה המותאמת אישית או התרופות המותאמות אישית בסכום שלא יעלה על 350 ש"ח ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום בגין כל מקרה ביטוח. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה ינתן אך ורק בגין נטילת תרופה מותאמת אישית, אשר המבטחת שיפתה את המבוטח עבור רכישתה כאמור בסעיף 4.1.

4.2.2. בדיקות גנומיות

4.2.2.1. **מקרה הביטוח בסעיף זה:** גילוי מחלת סרטן במבוטח, בגינה נדרש המבוטח לבצע בדיקות גנומיות לאבחון גנטי של הגידול (להלן: "הבדיקות") ובלבד שמחלת הסרטן התגלתה אצל המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח ובכפוף לכך שהרופא האונקולוג המטפל המליץ על ביצוע הבדיקות. יובהר כי כל הבדיקות הגנומיות שיבוצעו עקב אותה מחלת סרטן ייחשבו כמקרה ביטוח אחד.

4.2.2.2. בקורות מקרה ביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח בגין 80% מההוצאות בהן נשא בפועל בגין הבדיקות הגנומיות שביצע, ולא יותר מסכום מירבי של 25,000 ש"ח בגין כל מקרה ביטוח.

תקרת השיפוי המירבי בגין בדיקות גנומיות במהלך תקופת הביטוח כהגדרתה בנספח תנאים כלליים לתכניות ביטוח בריאות לא תעלה על 60,000 ש"ח (סכום הביטוח אינו מתחדש).

4.2.3. ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי למחלת הסרטן

4.2.3.1. **מקרה הביטוח בסעיף זה:** רכישה בפועל של ויטמינים ו/או קנאביס רפואי ו/או תוסף תזונה על פי הנחיה של רופא מומחה למבוטח החולה במחלת סרטן ובתנאי שהמחלה התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח.

4.2.3.2. בקורות מקרה הביטוח, במהלך תקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישה של ויטמינים ו/או קנאביס רפואי כהגדרתם לעיל אשר שילובם עם

טיפול תרופתי נעשה על פי הנחיה של רופא מומחה, לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו, ו/או בגין רכישה של תוסף תזונה כהגדרתו לעיל, לצורך טיפול ו/או תמיכה במחלת סרטן של המבוטח, ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו.

תגמולי הביטוח עבור רכישת ויטמינים, קנאביס רפואי ותוסף תזונה ישולמו בכפוף להמצאת קבלות, ובהתאם למפורט להלן: 4.2.3.3

גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת ויטמינים, קנאביס רפואי ותוסף תזונה הינו עד לסך של 1,000 ש"ח, ועד תקרה מירבית של 15,000 ש"ח לתקופת ביטוח, בגין כל מקרה ביטוח (סכום הביטוח אינו מתחדש). 4.2.3.3.1

תגמולי הביטוח ישולמו לאחר ניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ש"ח לחודש וזאת מסך ההוצאה באותו חודש עבור רכישת ויטמינים, קנאביס רפואי ותוסף תזונה. 4.2.3.3.2

השתתפות הקופה ו/או השב"ן 4.2.4
היה המבוטח זכאי לכיסוי במסגרת תכנית ביטוח זו, אך קופת החולים ו/או השב"ן בהם הוא חבר מימנו את העלויות באופן מלא או חלקי, והמבטחת לא השתתפה במימון התרופה כאמור בסעיף 4.1, המבוטח יהיה זכאי להחזר סכום ההשתתפות ששילם לקופת החולים ו/או לשב"ן בהם הוא חבר עבור התרופה.

5. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות, למעט אלה שבטלו מפורשות בתכנית ביטוח זו, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו במקרים הבאים:

- 5.1. שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה.
- 5.2. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים כללי.
- 5.3. תרופה לטיפול שניניים ואו חניכיים למיניהן.
- 5.4. תרופה לטיפול בהשמנת יתר.
- 5.5. תרופה לגמילה מעישון.
- 5.6. תרופה לטיפול באין אונות.
- 5.7. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 5.8. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון, למעט טיפול המכוסה באופן מפורש בתכנית ביטוח זו.
- 5.9. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח, למעט טיפול /תרופה המכוסה באופן מפורש בתכנית ביטוח זו.
- 5.10. טיפול תרופתי מונע למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או לנשאות של HIV ו/או טיפול תרופתי מונע למחלת צהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת מסוג B (Hepatitis B).

6. תביעות

- 6.1. המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:
 - 6.1.1. המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
 - 6.1.2. במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטחת.

7. הגבלת אחריות המבטחת מחוץ לגבולות מדינת ישראל

- 7.1. שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקורת מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטחת לשלם תגמולי ביטוח בעת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל-180 ימים בלבד בכל שהיה מחוץ לגבולות ישראל.
- 7.2. חזר המבוטח לגבולות ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל, והמבטחת תשלם את המגיע ממנה בכפוף להוראות תכנית ביטוח זו.

8. תקופת אכשרה לפרק זה: 90 יום

פרק ד'

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן **בכפוף לתנאים להוצאות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.**

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

- 1.1. **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי, אשר בא להחליף את הניתוח לו עזק המבוטח ובתנאי כי ביצוע הטיפול מחליף ניתוח צפוי להביא, על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח; **ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע.**
- 1.2. **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 על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
- 1.3. **מיקרופאגים** - תת סוג של כדוריות דם לבנות, אשר מפרישים גורמי גידול, שמביאים לצמיחתם של כלי דם ורקמות חדשים ומאיצים את התהליך של הריפוי.
- 1.4. **שירותים רפואיים הקשורים בניתוח** - שכר מנתח בבית חולים, שכר רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ואשפוז עד 30 ימים בבית חולים כולל אשפוז טרום ניתוח.

2. מקרה הביטוח

2.1. ניתוח בחו"ל

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי, אשר המבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל. מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו אובחן במבוטח בישראל, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, הצורך בניתוח.

2.2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

- 2.2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח כמפורט בסעיף 2.1. מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו אובחן במבוטח בישראל, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, הצורך בניתוח.
- 2.2.2. קרה מקרה הביטוח, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח על פי תנאי תכנית ביטוח זו, ובכפוף לקיום התנאים המצטברים הבאים:
 - 2.2.2.1. רופא מומחה בישראל קבע את הצורך בביצוע הניתוח והמליץ על ביצוע טיפול מחליף ניתוח.
 - 2.2.2.2. הטיפול המחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול, לבצע את הטיפול מחליף ניתוח במבוטח (להלן: **נותן הטיפול המחליף ניתוח**).
 - 2.2.2.3. הטיפול המחליף ניתוח בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, ובלבד שבית החולים או המרפאה, בחו"ל, מורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם ממוקמים.

3. תנאים מוקדמים להתחייבויות המבטחת

- 33.1. **ביצוע הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח אושרו מראש ובכתב על ידי המבטחת, לרבות מועד ביצוע הניתוח או טיפול המחליף ניתוח ובכפוף למפורט בתנאים הכלליים.**
- 33.2. **בוצע במבוטח ניתוח או טיפול מחליף ניתוח המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, אולם ביצועו לא אושר מראש ע"י המבטחת, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, בהתאם למפורט בסעיף 4.1.2 להלן.**
- 33.3. **המבוטח הינו תושב ישראל והתגורר בישראל כדרך קבע, למעלה מ- 180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח. במידה ולא מתקיים במבוטח תנאי זה, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו בהיקף זכאות המבוטח בגין ביצוע אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל.**
- 33.3. **למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום ואינה כוללת ביטוח נסיעות לחו"ל.**

9. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח שהינו ניתוח בחו"ל

- 9.1. **המבטחת מתחייבת לשאת בהוצאות הקשורות במקרה הביטוח, בגין ניתוח בחו"ל בכפוף לאמור בסעיף 3 לעיל, כדלקמן:**
 - 9.1.1. **שירותים רפואיים הקשורים בניתוח:**
 - 9.1.1. **ניתוח שתואם ואושר מראש מול המבטחת** - תשפה המבטחת את המבוטח בגין מלא ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים הקשורים בניתוח כהגדרתם בסעיף 1.4 לעיל.

- 9.1.2 **ניתוח אשר ביצעו לא תואם ואושר מראש מול המבטחת - תשפה המבטחת את המבוטח בגין שירותים רפואיים הקשורים בניתוח כהגדרתם בסעיף 1.4 לעיל שהוצאו בפועל, וזאת עד תקרה של 200% מהסכום הקבוע עבור אותו ניתוח שבוצע במבוטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטחת.**
- 9.2 **שתל- בוצע במבוטח ניתוח בבית חולים, ובמהלך הניתוח הושטלו/ו במבוטח שתלים/ כלשהו/כלשהם, תשתתף המבטחת בהוצאות סבירות בגין השתלים הנ"ל.**
- 9.3 **הוצאות טיפול באמצעות מיקרופאגים- שיפוי בגין הוצאות בפועל עבור טיפול באמצעות מיקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח וכתוצאה ממנו, ועד לסכום ביטוח מירבי בסך 10,000 ש"ח למקרה ביטוח.**
- 9.4 **שכר אחות/ פרטית או פיזיותרפיסט פרטי לאחר ניתוח- המבטחת תחזיר למבוטח הוצאות העסקת אחות/ פרטית או פיזיותרפיסט פרטי בבית החולים במהלך ימי האשפוז הרציפים שלאחר הניתוח, עד לסכום ביטוח מירבי בסך 650 ש"ח בגין כל יום אשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.**
- 9.5 **שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים- המבטחת תחזיר למבוטח את מלוא הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.**
- 9.6 **התייעצות עם מומחה בחו"ל לפני ניתוח**
- 9.6.1 **מקרה הביטוח בסעיף זה: מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא מומחה בחו"ל;**
- 9.6.2 **המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור התייעצות עם רופא מומחה בחו"ל לפני ניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% מסך כל ההוצאות שהוציא כאמור, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי בסך 4,000 ש"ח להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת עם רופא מומחה בחו"ל לפני ניתוח במהלך שנת ביטוח.**
- 9.7 **כיסוי להתייעצות עם הרופא המנתח בחו"ל לצורך ביקורת לאחר ניתוח**
- 9.7.1 **נזקק המבוטח להתייעצות עם הרופא המנתח בחו"ל לצורך ביקורת בגין ניתוח שאושר ובוצע במימון המבטחת על פי תכנית ביטוח זו, תשפה המבטחת את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור התייעצות עם הרופא המנתח בחו"ל לצורך ביקורת לאחר הניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% מסך כל ההוצאות שהוציא כאמור, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי בסך 4,000 ש"ח להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי התייעצות אחת בחו"ל לצורך ביקורת לאחר ניתוח במהלך שנת ביטוח.**
- 9.7.2 **בנוסף במקרה שתקופת האשפוז בחו"ל לאחר הניתוח עלתה על 8 ימים והמבוטח נזקק להתייעצות בחו"ל עם הרופא המנתח, תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה לישראל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד, ועד לתקרה בסך 3,500 ש"ח.**
- 9.8 **הוצאות נוספות**
- בנוסף לאמור בסעיפים 4.1-4.7 לעיל, תשתתף המבטחת בכיסוי ההוצאות המפורטות להלן:
- 9.8.1 **כיסוי להוצאות הטסה:**
- במקרה שתקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 8 ימים, תישא המבטחת בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתו ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים.
- 9.8.2 **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:**
- במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה המבטחת את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד גובה סכום ביטוח מירבי בסך 80,000 ש"ח.
- 9.8.3 **כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:**
- במקרה שהמבוטח אושפז מעל 8 ימים ברצף, תחזיר המבטחת למבוטח את הוצאות השהייה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% מסך כל ההוצאות שהוצאו כאמור, עד לסכום ביטוח מירבי בסך 700 ש"ח ליום, ועד תקרה של 30 ימים. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, והכל בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 9.8.4 **כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח:**
- המבטחת תכסה את הוצאות השהייה של המבוטח בחו"ל בכפוף לצורך רפואי ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסכום ביטוח מירבי בסך 700 ש"ח ליום, ועד לתקרה של 8 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

9.8.5 כיסוי להוצאות הטסת גופה:

המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח כתוצאה מניתוח בעת שהותו בחו"ל, ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 7 (שבעה) ימים מיום שחרורו מבית החולים בחו"ל.

9.8.6 הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל:

מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל לישראל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על סך של 100,000 ש"ח למקרה ביטוח.

9.9 הוצאות לאחר ניתוח

9.9.1 ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:

המבטחת תשלם הוצאות ריפוי בעיסוק שנדרשו בעקבות ניתוח, המכוסה בתכנית ביטוח זו, עד סכום ביטוח מירבי בסך 180 ש"ח לטיפול, עבור 10 טיפולים לכל היותר, בהשתתפות עצמית של 20% מסך ההוצאה בפועל, שישולמו עבור כל טיפול, ולתקופה שלא תעלה על 180 יום לאחר ביצוע הניתוח.

9.9.2 הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:

בוצע במבוטח ניתוח, המכוסה בתכנית ביטוח זו, אשר משך האשפוז שלו עלה על 7 ימים רצופים, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאות ההחלמה של המבוטח במוסד הבראה עד לסכום ביטוח מירבי בסך 800 ש"ח לכל יום ולתקופה שלא תעלה על 8 ימים, וכן בתנאי שטרם חלפה תקופה של 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים בו בוצע הניתוח.

9.9.3 שיקום כושר הדיבור

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שיקום כושר הדיבור שבוצעו ע"י קלינאי תקשורת מורשה ע"פ הוראת רופא מומחה בתחום הרלוונטי בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור בעקבות הניתוח, עד סכום ביטוח מירבי בסך 180 ש"ח לטיפול עבור 12 טיפולים לכל היותר, בהשתתפות עצמית של 20% מסך ההוצאה בגין הטיפול, שישולמו עבור כל טיפול ולתקופה שלא תעלה על 180 יום לאחר ביצוע הניתוח.

10. פיצוי במקרה של מוות בניתוח אלקטיבי למבוטחים מגיל 21:

נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, במהלך הניתוח או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי תכנית ביטוח זו, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, פיצוי בגובה 120,000 ש"ח, ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים שבעת ביצוע הניתוח מלאו להם 21 שנה.

4. סכום השיפוי המירבי בגין טיפול מחליף ניתוח בחו"ל:

4.1 סכום השיפוי המירבי בגין טיפול מחליף ניתוח ו/או סדרת טיפולים מחליפי ניתוח אשר בוצעו בחו"ל לא יעלה על הנמוך מבין הסכומים הבאים, המפורטים להלן:

4.1.1 200% מהוצאות ביצוע הניתוח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל, שמשמען סך התשלומים בגין השכר שהיה משולם למנתח שאינו בהסכם, בגין הניתוח, שהטיפול המחליף ניתוח בא להחליפו והוצאות חדר ניתוח ואשפוז שהיו משולמות לבית חולים פרטי אחר, בגין הניתוח, שהטיפול המחליף ניתוח בא להחליפו, אם היה מבוצע בישראל וזאת בהתאם לעלות המפורטת באתר האינטרנט של המבטחת.

4.1.2 שיפוי מירבי בסך 250,000 ש"ח.

4.2 מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

5. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה הביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח בחו"ל

המבטחת תשפה את המבוטח, באופן מלא וישיר אצל נותן השרות שבהסכם, או כנגד קבלות, שימציא לה המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן, שהוצאו בפועל בגין מקרה ביטוח, ובלבד שסך תגמולי הביטוח אותם תשלם המבטחת לא יעלה על סכום השיפוי המרבי המפורט בסעיף 6.1 לעיל:

5.1 שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

5.2 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה.

5.3 הוצאות אשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המחליף ניתוח עד לתקרה של 30 ימי אשפוז.

6. תגמולי ביטוח

מבלי לגרוע מהאמור בהוראות הקבועות בתנאים הכלליים לעניין הגשת תביעות, שיפוי יינתן במסגרת תכנית ביטוח זו בגין תשלומים עבור טיפולים מחליפי ניתוח שניתנו בפועל למבוטח. לא יינתן שיפוי בטרם קבלת הטיפול המחליף הניתוח ו/או בגין

התחייבות נותן בטיפול המחליף ניתוח לטיפולים מחליפי ניתוח עתידיים. אין באמור כדי לגרוע מזכותו של המבוטח לתבוע לאחר תקופת הביטוח, בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופת הביטוח.

7. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לא תהא המבטחת אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

- 7.1 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטחת ולמעט ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם BMI גבוה מ-40.
- 7.2 בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקות/הזרקות, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמייה לרבות CT ו-MRI שאינן במהלך ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ובדיקות סקר למיניהן.
- 7.3 ניתוחי או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים ובלבד שמקורם דנטלי וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 7.4 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח לביצוע ברית מילה.
- 7.5 פעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.
- 7.6 השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בתנאים הכלליים.
- 7.7 טיפולים מחליפי ניתוח אשר מהווים תרופה מכל מין וסוג שהוא, בין אם היא כלולה בסל שירותי הבריאות, ובין אם לאו. תרופה לצורך סעיף זה תיחשב כחומר כימי או ביולוגי או תכשיר מכל מין וסוג שהוא, כהגדרתו בפקודת הרוקחים, התשמ"א – 1981, אשר מטרתו לאבחן ו/או לטפל ו/או לרפא ו/או למנוע התפתחות או הישנות של מצב רפואי כלשהו ו/או להקל על סימפטומים רפואיים.
- 7.8 טיפולים מחליפי ניתוח שלא יבוצעו ע"י נותן הטיפול המחליף ניתוח כהגדרתו בסעיף ההגדרות לעיל ו/או במרפאה שאינה רשומה בפנקס המרפאות ו/או בבית חולים או במרפאה, בישראל או בחו"ל, שאינם מורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם ממוקמים.

8. תקופת אכשרה לפרק זה: 90 יום.

פרק ה' 1

כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

קרה מקרה הביטוח, תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן **בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.**

1. הגדרות

- בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:
- 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 לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
 - 1.2 **הליך/ הליך רפואי** - ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות כהגדרתן בתכנית ביטוח זו.
 - 1.3 **הסדר ניתוח** - הסכם בין המבטחת ובין רופא ו/או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח ו/או לתחליף ניתוח שיבוצע בישראל ישולמו להם על ידי המבטחת.
 - 1.4 **הסדר התייעצויות** - הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד הרפואי בעד ההתייעצות הרפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטחת.
 - 1.5 **התייעצות/ התייעצויות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
 - 1.6 **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;
 - 1.7 **מנתח בהסדר** - מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת.
 - 1.8 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם¹, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
 - 1.9 **נותן שירות בהסדר** - רופא מומחה, מנתח ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסדר ניתוח ו/או בהסדר התייעצויות ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת **ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המנתח ו/או המוסד הרפואי צד להסכם.**
 - יובהר כי רשימת נותני השירות בהסדר מופיעה באתר האינטרנט של המבטחת.**
 - בטרם ביצוע הליך רפואי באמצעות נותן שירות בהסדר יש לוודא באתר האינטרנט של המבטחת ו/או במוקד השירות בטלפון- 2000 * כי נותן השירות הינו בהסדר עם המבטחת וכן לפעול בהתאם להוראות סעיפים 2.3-2.4 להלן.**
 - 1.10 **ניתוח** – פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
 - 1.11 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
 - 1.12 **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;
 - 1.13 **שתל** - כל אבר, 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, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.**
 - 1.14 **תכנית השב"ן** - תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.
 - 1.15 **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה (תכנית ביטוח זו); תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

- 2.1 מקרה הביטוח הינו ניתוח ו/או תחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- 2.2 מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.

- 2.3. עם הידוע למבוטח הצורך בביצוע הליך רפואי המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, עליו להודיע על כך למבטחת מראש ובכתב, ולקבל את אישורה מראש ובכתב לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.
- 2.4. לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.
- 2.5. יובהר כי תשלומים בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו.

3. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח

- בקרות מקרה הביטוח, יהא זכאי המבוטח, בכפוף להוראות ולתנאים בתכנית ביטוח זו, לכיסוי ההוצאות המפורטות להלן בגין ההליך הרפואי:
- 3.1. התייעצויות
- 3.1.1. המבטחת תכסה עד שלוש התייעצויות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.1.2. התייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 900 ₪ להתייעצות.
- 3.2. שכר מנתח בהסדר והוצאות רפואיות על ידי נותני שירות בהסדר
- 3.2.1. המבטחת תכסה את מלא עלות שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.
- 3.2.2. המבטחת תכסה את מלא ההוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר בהסדר עם המבטחת.
- 3.2.3. יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, וכן לא יינתן למבוטח החזר כספי או תשלום כלשהו בגין הניתוח, למעט החזר ההשתתפות העצמית בה נשא המבוטח בפועל בגין עלות שכר מנתח וההוצאות המוכרות עבור ניתוח שבוצע באמצעות תכנית השב"ן ובתנאי שהמנתח שביצע את הניתוח הינו מנתח בהסדר עם המבטחת.
- 3.3. טיפול מחליף ניתוח
- 3.3.1. המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר.
- 3.3.2. טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט יובהר כי לא תשלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. תקופת אכשרה

- 4.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.
- 4.2. על אף האמור בסעיף 4.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

5. חריגים מיוחדים

- המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:
- 5.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 5.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 5.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 5.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

- 5.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 5.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 26 לתנאים הכלליים המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

פרק ה' 2
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
לבעלי שב"ן (כולל ברות ביטוח)

קרה מקרה הביטוח תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן **בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.**

יובהר כי בכל מקרה של סתירה בין ההגדרות והתנאים המופיעים בתנאים הכלליים לבין ההגדרות והתנאים המופיעים בכיסוי זה, יגברו התנאים וההגדרות המופיעים בתכנית ביטוח זו.

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

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 לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2. **ברות ביטוח (ביטוח המשך ללא חיתום):** כיסוי המקנה למבוטח את הזכות להצטרף לתכנית ביטוח "כיסוי מלא" שתהא בתוקף באותה עת, תוך מתן רצף ביטוחי לתנאי החיתום שנקבעו ושהיו תקפים במועד תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח זו, ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם, ללא תקופת אכשרה נוספת, ובתמורה לדמי ביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים בנספח כיסוי מלא אצל המבטחת באותה עת.
- 1.3. **הליך/ הליך רפואי- ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות כהגדרתם בתכנית ביטוח זו.**
- 1.4. **הסדר ניתוח- הסכם בין המבטחת ובין רופא ו/או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח ו/או לתחליף ניתוח שיבוצע בישראל ישולמו להם על ידי המבטחת.**
- 1.5. **הסדר התייעצויות- הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד הרפואי בעד ההתייעצות הרפואית הנקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטחת.**
- 1.6. **התייעצות/ התייעצויות - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;**
- 1.7. **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;**
- 1.8. **מנתח בהסדר- מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו מתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה המנתח צד להסכם.**
- 1.9. **מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן- מקרה ביטוח המכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, ואשר תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן הסתיימה לגבי המבוטח.**
- 1.10. **מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן- מקרה ביטוח, שהשב"ן לא מכסה לכלל החברים בשב"ן ו/או מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן, בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה.**
- 1.11. **מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים- מקרה ביטוח שאינו מכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים. כנסיבות הנוגעות למבוטח מסוים ייחשבו, בין היתר, הנסיבות הבאות:**
 - 1.11.1. פיגור בתשלום דמי חבר ו/או אי תשלוםם לשב"ן.
 - 1.11.2. השב"ן אינו בתוקף מכל סיבה שהיא.
 - 1.11.3. חלות תקופת אכשרה/ המתנה חדשה בשב"ן על מבוטח אשר עבר מהשב"ן בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה לשב"ן אחר.
- 1.12. **מרפאה כירורגית פרטית - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;**
- 1.13. **נותן שירות בהסדר- רופא מומחה, ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו מתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המוסד הרפואי צד להסכם.**
- 1.14. **ניתוח - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;**
- 1.15. **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;**
- 1.16. **קופת חולים- כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.**

- 1.17. שתל- כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.**
- 1.18. תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון")- כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולם מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.**
- 1.19. תכנית השב"ן-תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.**
- 1.20. תקופת אכשרה - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.**
- 1.21. תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן- תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.**

2. מקרה הביטוח

- 2.1. מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.**
- 2.2. מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.**
- 2.3. הכיסוי הביטוחי בתכנית ביטוח זו הינו רובד משלים לתכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוקח בחשבון את מימון השתתפות קופת חולים בהוצאות מקרה הביטוח, בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח.**
- פרמיית הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הניתן על פי תכנית ביטוח זו הינה פרמיה מופחתת מאשר הפרמיה הנגבית בכיסוי מלא מהשקל הראשון, והכיסויים הביטוחיים ותגמולי הביטוח מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בתכנית ביטוח זו.**

3. תנאים מהותיים להתחייבויות המבטחת

- 3.1. עם היוודע הצורך בביצוע ההליך, יפנה המבוטח תחילה אל קופת החולים בה הינו מבוטח בתכנית שב"ן למימוש זכאותו על פי תכנית השב"ן שברשותו ויפעל למיצוי מלוא הזכויות, המוקנות לו בגין מקרה הביטוח, במסגרת השב"ן בו הוא חבר. המבוטח ישתף פעולה עם המבטחת ככל שידרש וכן יודיע למבטחת בהקדם וימסור לה כל החלטה של קופת חולים/ השב"ן הרלוונטית לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.**
- 3.2. נוסף על האמור, על המבוטח להודיע למבטחת מראש ובכתב על הצורך בביצוע ההליך הרפואי וכן לקבל את אישורה מראש ובכתב לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.**
- 3.3. לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.**
- 3.4. יובהר כי תגמולי ביטוח בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו, למעט השתתפות עצמית ששולמה על ידי המבוטח כמפורט בסעיף 5.2.3 להלן.**

4. תגמולי הביטוח:

- 4.1. מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן:**
- בקרות מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן, המבוטח יהא זכאי לכיסוי על פי תכנית ביטוח זו בגין ההוצאות המפורטות בסעיפים 5.1-5.3 להלן, רק מעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר עבור ההליך הרפואי שבוצע.**
- 4.2. מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים:**
- בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסויים, המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההפרש שבין ההוצאות המכוסות בסעיפים 5.1-5.3, לבין ההוצאות שהיו מגיעות למבוטח מהשב"ן בו היה חבר המבוטח לולא התקיימו הנסיבות הנוגעות לאותו מבוטח (להלן: "ההפרש").**
- לצורך חישוב ההפרש יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח, תיקבע השתתפות המבטחת על פי המידע הקיים אצל המבטחת לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח או בסוג ניתוח דומה, ובאותה תוכנית שב"ן.**
- 4.3. מקרה ביטוח שהשב"ן אינו מכסה לכלל המבוטחים בשל דחיה כללית:**
- בקרות מקרה ביטוח שהשב"ן אינו מכסה לכלל החברים בשב"ן, לרבות בשל תקופת אכשרה ו/או המתנה בשב"ן, וכן במקרים בהם המבוטח חייל בשירות סדיר, המבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאות בגין ההליך, בהתאם למפורט בסעיפים 5.1-5.3 להלן.**

5. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח

בקרות מקרה ביטוח, ולאחר מיצוי הזכויות בשב"ן, יהא זכאי המבוטח לכיסוי ההוצאות המפורטות בסעיפים 5.1-5.3 להלן בגין הליך רפואי, וזאת בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו ובכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בסעיף 4 לעיל.

5.1 התיעוציות

5.1.1 המבטחת תכסה עד שלוש התיעוציות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התיעוצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שהתיעוצות נערכה לגביו.

5.1.2 התיעוצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתיעוצות עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 900 ₪ להתיעוצות.

5.2 שכר מנתח והוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע ניתוח

5.2.1 המבטחת תכסה את מלא עלות שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.

5.2.2 המבטחת תכסה את מלא ההוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר בהסדר עם המבטחת.

5.2.3 יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, וכן לא יינתן למבוטח החזר כספי או תשלום כלשהו בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר, למעט החזר ההשתתפות העצמית בה נשא המבוטח בפועל בגין עלות שכר מנתח וההוצאות המוכרות עבור ניתוח שבוצע באמצעות תכנית השב"ן ובתנאי שהמנתח שביצע את הניתוח הינו מנתח בהסדר עם המבטחת.

6. טיפול מחליף ניתוח

6.1.1 המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר.

6.1.2 טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט יובהר כי לא תשלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

7. ברות ביטוח

7.1 בעל הפוליסה או המבוטח, לפי הענין, יהיה זכאי, לאחר פניה בכתב למבטחת, לממש את זכותו לברות הביטוח על פי תכנית ביטוח זו, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

7.1.1 ביטול חברות המבוטח בשב"ן, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בשב"ן האמור או מבלי שהצטרף לשב"ן בקופת חולים אחרת. מועד ביטול החברות בשב"ן: מועד הודעת קופת החולים על ביטול השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, המאוחר מביניהם.

7.1.2 מעבר לשב"ן בקופת חולים אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה/ המתנה בשב"ן בקופת החולים שעבר אליה (אם קיימת).

7.2 הזכאות לימוש ברות ביטוח, בהתאם לסעיף זה תהיה תקפה למשך 60 ימים ממועד ביטול החברות בשב"ן, בין אם המבוטח עבר לשב"ן בקופת חולים אחרת ובין אם לאו.

7.3 תחילת תקופת הביטוח בנספח כיסוי מלא תהיה למפרע מהמועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

7.4 על בעל הפוליסה או המבוטח המבקש לממש את זכותו לברות הביטוח להמציא למבטחת את כל ההוכחות הדרושות לקיום אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 7.1.1 ו- 7.1.2 לעיל.

7.5 על תכנית ביטוח זו להיות בתוקף מלא לפחות עד המועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

8. תקופת אכשרה

8.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התיעוציות תהיה 90 ימים.

8.2 על אף האמור בסעיף 8.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התיעוציות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

11. חריגים מיוחדים

המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

- 11.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 11.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 11.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 11.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 11.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.
- 11.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 11.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבטח או השתלת לב מלאכותי.
- 11.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 11.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 11.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 11.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 26 לתנאים הכללים המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

רובד הרחבה

פרק ו'

שירותים אמבולטוריים

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לספק/נותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בתכנית ביטוח זו בכפוף להוראות לתנאים ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

- 1.1 **בדיקות אבחוניות** - בדיקות אבחון, מעבדה, רנטגן, א.ק.ג, בדיקות רדילוגיות כמו אולטרה סאונד, CT, MRI, PET, קולונסקופיה וירטואלית, צינתור וירטואלי, גלולה להראיית המעי הדק וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה למעט בדיקות לקביעת דרכי טיפול בגידולים ממאירים כגון בדיקות באמצעות מעבדות "ONCOTEST".
- 1.2 **בעיות התפתחות** - פגיעה במערכת העצבים המרכזית או ההיקפית הגורמת לאיחור משמעותי בהתאם לגיל, בתפקוד הפונקציונלי של המערכת המוטורית ו/או הסנסורית ו/או הקוגניטיבית ו/או השפתיות ו/או התקשורתיות או מומים בינוניים או קשים של השלד ו/או המפרקים הגורמים לתפקוד פגום כנ"ל.
- 1.3 **טיפול הפריה חוץ גופית (IVF)** - טיפול רפואי שהינו הפריית ביצית ע"י זרע במעבדה והחזרת הביצית לרחם המבוטחת.
- 1.4 **פיזיותרפיסט** - אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות לתת טיפולי פיזיותרפיה במדינה בה ניתנים הטיפולים.

2. הכיסויים הביטוחיים הכלולים בנספח זה:

2.1. התייעצויות עם רופא מומחה בישראל

- 2.1.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא עבור התייעצות עם רופא מומחה בישראל לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה), בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20%, אך לא יותר מסך של 900 ש"ח להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין שלוש התייעצויות עם רופא מומחה בישראל במהלך שנת ביטוח.

2.2. בדיקות אבחוניות

- 2.2.1 **מקרה הביטוח**
מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע בדיקות אבחוניות כהגדרתן לעיל, במבוטח, במכון רפואי מוסמך ומאושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל לערוך בדיקות אבחוניות.
- 2.2.2 **התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח:**
המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו בפועל עבור בדיקות אבחוניות בגין מקרה/מקרי ביטוח. השיפוי יהיה בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 25% מהוצאות המבוטח בגין הבדיקות האבחוניות ועד תקרה בסך 15,000 ש"ח בגין כלל מקרה/מקרי ביטוח שאירעו במהלך שנת ביטוח.

2.3. טיפולים פיזיותרפיים

- 2.3.1 **מקרה הביטוח**
טיפול פיזיותרפיה שהמבוטח קיבל מפיזיותרפיסט, על פי הוראת רופא.
- 2.3.2 **התחייבויות המבטחת בקרות מקרה הביטוח**
המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו עבור טיפולים פיזיותרפיים, בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 25% מהסכום ששולם עבור כל טיפול, עד לסך של 190 ש"ח לטיפול, ובלבד שמכסת הטיפולים לשנת ביטוח לא תעלה על 14 טיפולים.

2.4. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו עבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20% מהסכום ששולם עבור חוות הדעת ועד לסך של 6,000 ₪ לתקופת ביטוח, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

2.5. טיפולי מומחים בבעיות התפתחות לילדים (מגיל 3-16)

2.5.1. מקרה הביטוח

בעיות התפתחות אשר התגלו ואובחנו אצל המבוטח, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה, על-ידי רופא מומחה במכון ציבורי להתפתחות הילד, והמחייבות טיפול אצל כל אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או פסיכותרפיה באומנות/ מוזיקה/ דרמה/ תנועה ו/או שחיה טיפולית ו/או רכיבה טיפולית, ובלבד שגילו של המבוטח בעת האבחון הינו למעלה משלוש שנים.

2.5.2. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה הביטוח

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו בפועל עבור עד 16 טיפולים אצל פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג בגין מקרה ביטוח. השיפוי יהיה בכפוף להשתתפות עצמית של 25% מהוצאות המבוטח בגין טיפול ולא יותר מסך בסך 250 ש"ח לטיפול ובלבד שסך תגמולי הביטוח שישולמו למבוטח בתקופת הביטוח של תכנית ביטוח זו לא יעלה על תקרה של 4,000 ש"ח.

2.5.3. תוקף הביטוח על פי סעיף זה- תוקף הביטוח על פי סעיף זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 16.

2.6. אבחון בבעיות התפתחות הילד לילדים (מגיל 3-16)

2.6.1. המבוטח יהיה זכאי לקבלת שיפוי חד פעמי בגין שירותי אבחון בבעיות התפתחות הילד שניתנו במרפאות המוסמכות לתת שירותים אלה. השיפוי יהיה בכפוף להשתתפות עצמית של 25% מהוצאות המבוטח בגין האבחון, ולא יותר מסך של 600 ש"ח לכל תקופת הביטוח.

2.6.2. תוקף הביטוח על פי סעיף זה- תוקף הביטוח על פי סעיף זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 16.

2.7. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- amblyopia

המבטחת תשפה את המבוטח בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק, בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה, וזאת עד לסכום של 200 ש"ח לכל טיפול, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים בשנה.

2.8. בדיקות הריון

תקרת סכום השיפוי המרבי:

המבטחת תשפה את המבוטחת בגין ההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציאה המבוטחת בגין בדיקות הריון כמפורט להלן:

2.8.1. סקירת מערכות וסיקור גנטי- המבטחת תשתתף בעלות סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר, סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר ושיקוף עורפי.

2.8.2. בדיקת מי שפיר או סיסי שליה- המבטחת תשתתף בהוצאות בדיקת מי שפיר או סיסי שליה.

2.8.3. בדיקות לגילוי מוקדם- בדיקות סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות קיום ובין שתהיינה בעתיד כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, קנוון, פנקוני, סינדרום בלום, דיסאטונומיה משפחתית וכד'.

סה"כ תקרת ההחזר בגין בדיקות ההריון המפורטות בסעיפים 2.8.1-2.8.3 ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך הריון תהיה עד סך של 6,000 ש"ח להריון אחד ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגין – לאחר אישור ועדה רפואית (כולל עלות הועדה). שיפוי עד 3,700 ש"ח.

2.9. הפריה חוץ גופית

2.9.1. מקרה הביטוח- טיפול הפריה חוץ גופית, אשר בוצע במבוטחת על פי הפניה של רופא מומחה במחלקת ליקויי פריון, למבוטחת אשר נולדו לה עוד לפני קבלת הטיפול שני ילדים לפחות.

2.9.2. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח, מיצוי הזכאות בכיסוי ביטוחי זה:

המבטחת תשפה את המבוטחת בגין הוצאותיה בפועל עבור טיפולי הפריה חוץ גופית בגין מקרה ביטוח. השיפוי יהיה בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20% מהוצאות המבוטחת בגין הטיפולים, עד תקרה בסך 8,000 ש"ח לטיפול, ועד 2 טיפולים במהלך תקופת ביטוח.

תקופת אכשרה- בגין סעיפים 2.8-2.9 תחול תקופת אכשרה של 180 יום.

2.10. אבזרים/מכשירים רפואיים

2.10.1. מקרה הביטוח

רכישת / שאלת אביזרים/ מכשירים רפואיים, על פי הוראת רופא, על פי תכנית ביטוח זו. מועד קרות מקרה הביטוח לעניין סעיף זה הינו מועד רכישת האביזר.

החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar.) מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונס, שתל קוכולארי ו/או נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

2.10.2. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה הביטוח

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו בפועל, בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 40% מהסכום ששולם עבור רכישת/שאלת אביזרים/מכשירים רפואיים, ובלבד שסך תגמולי הביטוח שישולמו למבוטח לא יעלה על סך של 3,500 ₪ לתקופת ביטוח.

2.11. מנני לשירותי משדר קרדילוגי

המבטחת תשפה את המבוטח בהוצאות מנני לשירותי משדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנני כזה, עד תקרה בסך 150 ₪ לחודש ועד 24 חודשים בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20%.

2.12. בדיקות גנטיות מניעתיות

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו עבור בדיקות גנטיות מניעתיות לאבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20% מהוצאות המבוטח, ועד לסך של 6,500 ₪ למקרה ביטוח.

2.13. טיפול ע"י מקרופאגים

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו בגין טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מ-8,000 ₪ בתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20%.

2.14. אחות פרטית:

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו עבור השכרת שירותי אחות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) החל מיום אחרי יום האשפוז עד לסך של 500 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז רצופים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.15. טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מ-5,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

תקופת אכשרה: לפרק זה תחול תקופת אכשרה של 90 יום, למעט הכיסויים הספציפיים בהם נקובה תקופת אכשרה אחרת.

3. חריגים מיוחדים לנספח זה

- 3.1. בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לא תהא המבטחת אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:
 - 3.2. בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בסעיפים 2.8 לעיל.
 - 3.3. לא יינתן כיסוי לטיפולים הקשורים בפריון, בהריון ואו בלידה לבן/בת הזוג של המבוטח/ת, גם אם הצורך בטיפול נובע ממצבו הרפואי, אלא רק למבטחת עצמה.

